CENA 40 ZŁ

# Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Kwiecień 1949 Nr 4



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

*Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.*

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm. 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źrodła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Kwiecień 1949 Nr 4

# Nasz wkład w dzieło pokoju

*Zbliża się 1 Maja, Święto ludzi pracy, Święto szarego człowieka, miłującego wolność, sprawiedliwość społeczną i pokój.*

*Dzień ten jest naszym Świętem. Zawód pielęgniarski, jako zawód wybitnie społeczny stawia nas we wspólnych szeregach z masami klasy robotniczej.*

*Praca w ambulatoriach fabrycznych, żłobkach, ośrodkach zdrowia i szpitalach, pomoc niesiona codziennie człowiekowi pracy, dała nam prawo święcenia dnia 1 Maja, ale powinna również dać pełnię rozumienia treści i wagi tego święta.*

*Głębokie przemiany społeczno-światopoglądowe, jakie w nasze życie wniósł ustrój Polski Ludowej ugruntowały i wzmocniły łączność pielęgniarstwa z ruchem robotniczym. Polska pielęgniarka da temu niewątpliwie pełny wyraz masowym udziałem w pierwszomajowych pochodach, akademiach i uroczystościach.*

*W tym roku na naczelnym miejscu wśród haseł pierwszomajowych widnieć będzie na całym świecie hasło walki o pokój i bezpieczeństwo świata.*

*Pod hasłem tym obchodzić będą Święto Pracy i masy pracujące Polski.*

*W Polsce walka o Pokój wyraża się wzmożonym wysiłkiem w dążeniu do podniesienia dobrobytu, stanu zdrowotności i poziomu kultury naszego Kraju.*

*Z całej Polski nadchodzą meldunki o coraz to nowych zobowiązaniach załóg fabrycznych, uchwałach robotników, chłopów, pracowników umysłowych — by dzień 1 Maja uczcić zwiększeniem produkcji.*

*Wnieśmy i my swój wkład do wielkiego dzieła Pokoju, wkład, który mierzyć się będzie jakością i wartością naszej pracy pielęgniarskiej. Przez racjonalną organizację i zwiększenie wydajności podniesiemy w ramach współzawodnictwa poziom naszej pracy dla Ojczyzny, Społeczeństwa i Socjalizmu.*

# WALCZYMY O „JAKOŚĆ"

ZAGADNIENIE WSPÓŁZAWODNICTWA PRACY, problem niesłychanie ważny i aktualny, wciąż jeszcze nie znajduje dostatecznego zrozumienia i praktycznego przystosowania w pracy personelu służby zdrowia.

Na nic się nie zda opracowywanie okólników i odezw, ani wysiłki Związku Zawodowego, czy pojedynczych pracowników, jeżeli każda jednostka — indywidualnie nie zada sobie trudu zrozumienia istoty konkretnych form realizacji współzawodnictwa.

Temat ten spotykamy na szpaltach wszystkich dzienników i czasopism, poruszany był już, w ogólnych zarysach, także na łamach naszego pisma, ale musimy się zastanowić, w jaki sposób — praktycznie — w codziennej pracy pielęgniarskiej mamy wprowadzić w życie współzawodnictwo pracy, które stało się u nas nieodłącznym pojęciem pracy w ogóle, a jest wciąż jeszcze problemem w świecie pracy umysłowej.

Ktoś, kto chciałby sobie uprościć to zagadnienie, mógłby powiedzieć, że placówki służby zdrowia nie są wdzięcznym polem dla realizacji współzawodnictwa. W tym rozumowaniu kryje się jednak błąd. Błąd ten polega na niezrozumieniu różnicy pomiędzy współzawodnictwem w służbie zdrowia, a (najpopularniejszym, najlepiej nam znanym) współzawodnictwem przemysłowym. O cóż chodzi w tym drugim wypadku? Chodzi o to, ażeby produkować: więcej i taniej. Współzawodnictwo zaś w służbie zdrowia polega na tym, ażeby produkować **w ramach tych samych funduszy, więcej — lepszych usług.**

Jeśli więc w produkcji przemysłowej, obok pojęcia „ilość" stawiamy — „jakość", w pracy służby zdrowia na pierwszym i naczelnym miejscu staje „jakość", „ilość" zaś usuwa się na plan drugi.

Nam, pielęgniarkom nie trzeba mówić o powadze zagadnienia zdrowia, my codziennie, niemal nieustannie, przyglądamy się choremu i widzimy, czym jest dla niego stopniowe odzyskiwanie sił i zdrowia.

Zarówno specyficzny charakter współzawodnictwa pracy w służbie zdrowia jak i cel tego współzawodnictwa są jasne i zrozumiałe nam wszystkim.

A jednak współzawodnictwo pracy w zawodzie pielęgniarskim nie stoi jeszcze na właściwej płaszczyźnie.

DLACZEGO TAK SIĘ DZIEJE? Przyjmijmy za teren obserwacji szpital, w którym istnieje już pewna forma współzawodnictwa. Najczęściej nie jest to akcja skoordynowana, przemyślana i dostatecznie opracowana w szczegółach. Akcji tej brak ciągłości, kontroli, brak także niejednokrotnie tego, co można by nazwać „dobrym duchem" współzawodnictwa: entuzjazmu i zrozumienia.

Na czym przede wszystkim polega współzawodnictwo pracy?

Polega ono przede wszystkim na — dobrowolności, na świadomym przyjęciu na siebie **konkretnych zobowiązań.** Przy czym takie przyjęcie konkretnego zobowiązania dotyczy **każdego** pracownika, który zobowiązaniem tym określa swój zamierzony — konkretny — cel. Celem współzawodnictwa jest także maksymalne wykorzystanie inicjatywy oddolnej. Wydobycie takiej inicjatywy nie tylko przyczyni się do usunięcia braków i błędów, lecz także usprawni i zracjonalizuje pracę.

Jak więc powinna wyglądać racjonalnie poprowadzona akcja współzawodnictwa, dajmy na to — w szpitalu?

Akcję współzawodnictwa na terenie każdego zakładu pracy prowadzi koło Związku Zawodowego, czynnik wyrażający wolę i dążenia pracowników, a więc powołany do podejmowania wszelkich uchwał i postanowień, dotyczących zbiorowych akcji personelu.

Decyzja o wprowadzeniu współzawodnictwa winna zapaść na wspólnym posiedzeniu koła Związku Zawodowego. Przedyskutowana i poparta przez ogół członków będzie — ich decyzją, ich świadomym przyjęciem zobowiązania.

Zarząd Związku winien ze swej strony porozumieć się z władzami administracji i prosić je o jak najdalej idącą pomoc w zamierzonej akcji.

W ślad za wstępnym zebraniem organizacyjnym, wytyczającym szczegółowo opracowany przez załogę szpitala plan akcji, winny odbywać się dalsze zebrania Związku, poświęcone dyskusji nad pracą wykonaną i zamierzoną. W na-

radach tych powinni brać udział wszyscy pracownicy.

Cały wielki sens współzawodnictwa pracy w służbie zdrowia da się z grubsza zmieścić w ogólnym pojęciu: **„przede wszystkim** LEPIEJ, **ale i** WIĘCEJ".

## CO TO ZNACZY — LEPIEJ?

Znaczy to:

1) **Lepsze wykonywanie zleceń lekarskich.**

Można to osiągnąć przez:

a) samodokształcanie się,

b) interesowanie się chorobą, jej przebiegiem klinicznym i przebiegiem u chorego pielęgnowanego,

c) sumienne i uważne wykonywanie zabiegów,

d) czujność i dokładność w obserwacji stanu chorego oraz zdawanie lekarzowi rzeczowych i szczegółowych relacji.

2) **Zabieganie o lepsze samopoczucie psychiczne pacjenta.**

Można to osiągnąć przez:

a) ludzki, serdeczny stosunek do chorego,

b) pamięć o jego drobnych przyzwyczajeniach i prośbach,

c) indywidualne, nie „bezosobowe" podejście do pacjenta („dziewiątka z wrzodem prosi o mleko!").

3) **Lepsza gospodarka.**

Można to osiągnąć przez:

a) oszczędzanie urządzeń technicznych, materiałów lekarskich i opatrunkowych,

b) stawianie siebie w roli współgospodarza szpitala,

c) oszczędność: czasu, mienia, sił własnych i cudzych.

4) **Stworzenie właściwej atmosfery w szpitalu.**

Można to osiągnąć przez:

a) przestrzeganie ciszy, ładu i czystości,

b) przestrzeganie punktualności i grzeczności,

c) przestrzeganie form współpracy koleżeńskiej,

d) bezwzględne piętnowanie wypadków przyjmowania jakiejkolwiek formy prezentów przez personel pielęgniarski,

e) przestrzeganie społecznego stosunku pielęgniarki do chorego,

f) unikanie przenoszenia spraw prywatnych na teren szpitala.

## CO TO ZNACZY — WIĘCEJ?

Znaczy to:

1) **Objęcie większej liczby pacjentów opieką pielęgniarską, bez obniżania jej poziomu.**

Można to osiągnąć przez:

a) większe skupienie przy pracy,

b) racjonalizację i udoskonalenia w pracy,

c) planowanie.

2) **Usprawnienie i podniesienie poziomu pracy pielęgniarskiej,** aby chory jak najszybciej wrócił do zdrowia i opuścił szpital (niejednokrotnie zależy to w równym stopniu od pielęgnacji i od leczenia).

Można to osiągnąć przez:

a) ścisłe wykonywanie zleceń lekarskich (naczelne zadanie),

b) punktualność w wykonywaniu zabiegów diagnostycznych i leczniczych,

c) staranną i bezbłędną pielęgnację,

d) ścisłą współpracę z pielęgniarką społeczną, której zadaniem jest umieszczanie chorych - chroników w zakładach lub instytucjach, przejmujących dalsze leczenie ambulatoryjne wzgl. zamknięte.

Punkt drugi ma szczególne znaczenie w akcji współzawodnictwa i nie może być źle pojęty. Dążenie do zwiększenia ruchu pacjentów, do przelotności w szpitalu, to dążenie do obsłużenia jak największej ilości chorych **przy jak najwyższej jakości** tej obsługi.

Znane są nam niestety wypadki, gdy chory, wymagający leczenia szpitalnego, nieprzyjęty z braku miejsca, nieodpowiednio leczony i pielęgnowany w domu, popada w komplikacje chorobowe, co niejednokrotnie kończy się tragicznie. A jednocześnie (o tym także wiemy) zdarza się, że z winy złej pielęgnacji wyleczeni pacjenci leżą nadal w szpitalu, bo trzeba im leczyć... odleżyny lub ropnie po źle wykonanym zastrzyku.

Powtarzam — zwiększenia przelotności chorych w szpitalu nie należy zrozumieć źle. Istnieją bowiem szeregi wypadków, gdy chory, pielęgnowany jak najstaranniej, przebywa na oddziale całe miesiące, dzieje się to zgodnie ze wskazaniem i rokowaniem lekarskim.

ZWIĄZEK ZAWODOWY, uchwalając na jakimś terenie rozpoczęcie akcji współzawodnictwa pracy powinien wyłonić Komisję Współzawodnictwa.

Z chwilą nadejścia terminu końcowego, delegaci z jednego punktu współzawodniczącego wraz z delegatem Komisji Współzawodnictwa i delegatem wizytowanego terenu udają się na kontrolę. O zwycięstwie współzawodników decyduje Komisja Wynikowa (Kontrolna) na podstawie szczegółowych protokołów oraz dodatkowych wyjaśnień, złożonych przez stronę kontrolowaną.

Wyniki współzawodnictwa winny być ogłaszane i popularyzowane, a wszelkie niedociągnięcia, zauważone w czasie kontroli, dyskutowane na zebraniu Koła Związku.

Do akcji współzawodnictwa włączamy także momenty, odzwierciadlające troskę o pracownika. Tu otwiera się szerokie pole do działania przed administracją szpitala.

Będą tu brane pod uwagę warunki: mieszkaniowe, wyżywienie, kąpiele, szafki na mundury, świetlice, praca kulturalno-oświatowa, odpowiednia atmosfera pracy itp.

* * *

Nie ma chyba dziś, a w każdym razie być nie powinno, pielęgniarki, dla której idea współzawodnictwa pracy w dobie odbudowy i dźwigania się kraju byłaby obca, czy niezrozumiała.

Dlatego też, mimo, że współzawodnictwo pracy w służbie zdrowia wydaje się zrazu niełatwe do wprowadzenia w życie, każda z nas podejmie ten wysiłek z pełnym zrozumieniem jego celowości i pożytku dla zdrowia, oddanego naszej pieczy człowieka.

*Anna Biernacka*



Dr med. BOGDAN WRÓBLEWSKI
*Adiunkt II Kliniki Chirurgicznej U.Ł.*

# O UŚPIENIU WSPÓŁCZESNYM

ZŁAGODZENIE i usunięcie bólu było stałą troską nauki od najdawniejszych czasów. Zdawało się, że ból jest nieodłącznym towarzyszem każdego zabiegu.

Hipokrates w V w. przed Chrystusem uważał, że człowiek nie pokona bólu. Próby czynione w czasach przedhistorycznych opierały się jedynie na półśrodkach, jak uciekanie się do magii i używania sił „nadprzyrodzonych". Później stosowano wyciągi roślinne w postaci soków i win z korzenia mandragory, konopia indyjskiego, drzewa bananowego itp., lub uciekano się do środków drastycznych, jak upust krwi, uciskanie naczyń szyjnych — w celu spowodowania utraty przytomności.

Sposoby te nie rozwiązywały zagadnienia, często nawet szkodziły choremu i wywoływały zrozumiały strach przed zabiegiem. Prowadziło to do zachowawczego sposobu leczenia tych cierpień, gdzie jedynie chirurg mógł przyjść ze skuteczną pomocą, albo też stawiało przed chirurgiem wymagania cyrkowej wprost sprawności i szybkości, na czym traciła oczywiście dokładność zabiegu.

Szukanie nowych dróg, niepokój myśli ludzkiej i stała walka, doprowadza w r. 1846 chemika Jacksona i lekarza dentystę Mortona z Bostonu do wykrycia własności usypiających eteru, a w rok później (1847) James Simpson z Edynburga wykrywa własności nasenne chloroformu. W r. 1894 dentysta szwedzki Carlson zauważa, że chlorek etylu znieczula i usypia. W XIX w. angielski fizyk Davy, wykrywa własności odurzające gazu rozweselającego ($N_2O$).

W Polsce, o czym tak często zapominamy, w rok po wykryciu eteru — bo już 6 lutego 1847 r. profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, L u d w i k  B i e r k o w s k i, wykonuje pierwszą operację w uśpieniu eterem, a w Szpitalu Dzieciątka Jezus w W-wie, 11 grudnia 1847 r. prof. A n t o n i  L e  B r u n — w narkozie chloroformem. Poza tym znane są sposoby uśpienia dożylnego pochodnymi barbituratów (evipan, penthotal) i doodbytnicze (avertyna).

Wiedza zwyciężyła ból i stanęliśmy dzięki temu wobec doniosłych i niezaprzeczalnych faktów postępu chirurgii.

Wszystkim znane jest działanie wyżej wspomnianych środków i sposobów używanych do uśpienia. Wiemy dobrze jak z czasem wyeliminowano pewne środki (chloroform) na korzyść innych. Doświadczenie nauczyło nas myśleć o narkozie z pewną ostrożnością i szacunkiem, uważając ją za czynnik zbawienny, lecz nie obojętny, a nawet w razie braku znajomości — niebezpieczny. Tak lekarzom jak i pielęgniarkom dobrze znane są różnorodne powikłania występujące w uśpieniu; ile trudu, poświecenia, a nawet zmagań wymaga prowadzenie chorego po wąskiej drodze powrotu z nieświadomości — do świadomości, o tym nie zapominają ci wszyscy, którzy widzieli i walczyli z zaburzeniami ze strony k r ą ż e n i a, o d d e c h u i różnorodnymi późniejszymi p o w i k ł a n i a m i.



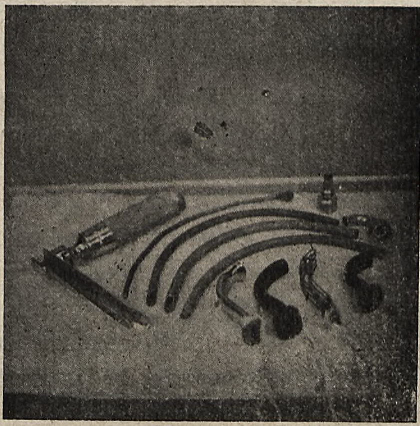
**Vaporizer Oxfordzki — aparat na mieszankę ogrzanych par eteru z tlenem (metoda półzamknięta).**
*(Okr. Szpit. P.C.K. i II Kl. Chirurg. U Ł.)*

Dzisiejsza medycyna bierze pełną odpowiedzialność za stosowanie ogólnej narkozy u chorych i musi znać wskazania i mechanizm działania różnych sposobów, które zaleca.

Można by powiedzieć, że tak jak pilot na samolocie, zna swoją maszynę i prawa nawigacji, umie odczytywać i tłumaczyć to, co spostrzega na tablicy pokładowej, a co za tym idzie posługiwać się nią z dokładnością, tak samo współczesny anestetysta (lekarz usypiający) winien posiadać te zdolności.

Wiedza o anestezji jest oparta na prawie, które mówi o zapotrzebowaniu tlenu przez organizm. Sztuka znieczulania klinicznego jest ściśle powiązana z procesami chemicznymi i fizycznymi, dostosowanymi i zmienionymi przez obserwację i doświadczenie w sposób najdogodniejszy dla zabiegów operacyjnych.

Spośród wielu teorii, które starają się wytłumaczyć mechanizm uśpienia, najprostsza jest ta, która mówi, że u t r a t a  ś w i a d o m o ś c i  w y w o ł a n a  j e s t  b r a k i e m  t l e n u, o czym możemy się przekonać u lotników, którzy unosząc się na zbyt wielką wysokość bez aparatów tlenowych, narażeni są na takie objawy, jakie spostrzegamy w uśpieniu, gdy ciśnienie tlenu w pęcherzykach płucnych opada do 30 mm słupa rtęci (jest zbyt małe).



**Wziernik krtaniowy, rurki dotchawicze, rurki gardłowe May'o.**
*(Szpit. Okr. P.C.K. i II Kl. Chirurg. U. Ł.).*

Jeżeli przyjmujemy zatem, że częściowa utrata tlenu prowadzi do zaburzeń w naszej świadomości, to dalej staje się jasne, że podstawowa przemiana materii musi w tym wypadku odgrywać dużą rolę i wpływać na uśpienie w zależności od osobniczej przemiany (G u e d e l).

Ponieważ indywidualne zapotrzebowanie na tlen zależy od podstawowej przemiany materii, przeto w pierwszym rzędzie wiek będzie decydował o rodzaju i ilości podawanego środka usypiającego.

Innymi czynnikami są ponadto zaburzenia w wydzielaniu dokrewnym, jak np. stany nadczynności i niedoczynności gruczołu tarczycowego, podwyższona temperatura, gdzie wzniesienie się temperatury o 1° C, zwiększa podstawową przemianę materii o 7,5%. W końcu ból, podniecenie i strach, odgrywają rolę dominu-jącą.

Proces oddychania w uśpieniu odgrywa rolę zasadniczą, jako czynnik dostarczający tlen, a wydalający produkty spalania ($CO_2$ itd.).

Uzyskanie odpowiedniego uśpienia jest uwarunkowane:

a) **odpowiednim nasyceniem tkanek środkami usypiającymi;**

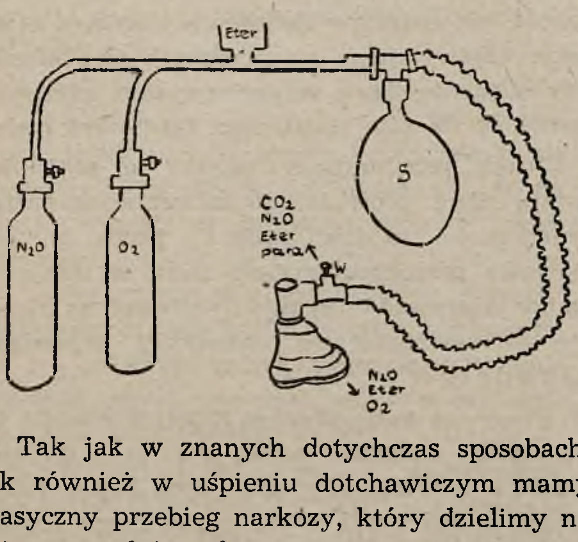
b) **dobrym ogólnym stanem układu tętnic doprowadzających i układem żylnym odprowadzającym.**

Dwa są zasadnicze niebezpieczeństwa przy stosowaniu narkozy:

a) niedobór tlenu,

b) nadmiar dwutlenku węgla.

Badając podczas uśpienia stosunek zachodzący między ciśnieniem krwi częstością oddechów, a tętnem wiemy, że muszą one być w pewnej stałej i równej zależności. Dlatego, gdy mamy mało tlenu — ciśnienie wzrasta, oddech przyśpiesza się, a w razie braku dwutlenku węgla — ciśnienie wzrasta, częstość oddechu zmniejsza się. W stanach, gdzie zmniejsza się pojemność płuc, jak np. w pozycji Trendelenburga, w pozycji na brzuchu, w otwarciu opłucnej (lub nawet przy opieraniu się asystenta na chorym), zawsze musimy zwiększyć ilość tlenu.

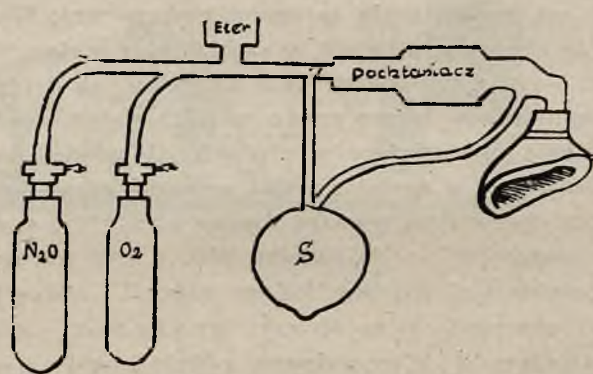



Tak jak w znanych dotychczas sposobach, tak również w uśpieniu dotchawiczym mamy klasyczny przebieg narkozy, który dzielimy na cztery zasadnicze fazy:

1) zamroczenie,
2) podniecenie,
3) uśpienie chirurgiczne, które w zależności od głębokości snu, możemy podzielić na cztery grupy,
4) przebudzenie.

Najprostszą metodą stosowania narkozy jest **sposób otwarty** — kroplami, wówczas środek usypiający przechodzi do naszego organizmu wraz z tlenem powietrza w około 20%, a dwutlenek węgla zostaje wydalony na zewnątrz. Takie uśpienie przeprowadzamy przy pomocy zwykłych masek Esmarcha.

Istnieje sposób półotwarty, o którym nie będę pisał, a przejdę do wyjaśnienia na czym polega **sposób półzamknięty** (rys. I.), gdzie potrzebujemy dużo gazu, ażeby usunąć dwutlenek węgla ($CO_2$) i **sposób zamknięty,** polegający na pochłanianiu wydychanego dwutlenku węgla przez węglan sodowy (rys. II).




Do współczesnej narkozy poza ogólnie znanymi środkami używamy dzisiaj gazu rozweselającego ($N_2O$) i cyklopropanu ($C_3H_6$). Ten ostatni środek jest bardzo drogi, łatwopalny i u nas niestosowany.

W sposobie półzamkniętym (Rys. I), podając w pewnym stosunku ilościowym np. $N_2O$, $O_2$ i eter — chory otrzymuje mieszankę, która przechodzi do maski i zostaje wchłonięta przy wdechu, a w chwili wydechu — część środków usypiających wraz z tlenem, dwutlenkiem węgla, parą itd. zostaje wydalona przez wentyl **„W“**. W tej metodzie w gumowym worku **„S“** otrzymujemy mieszankę, zależną od tego, w jakim stosunku znajdują się wobec siebie poszczególne środki wypływające ze zbiorników. Mamy tutaj tę niedogodność, że część mieszaniny usypiającej zostaje wydalona do otoczenia.

W metodzie zamkniętej (rys. II) w obwód poprzedni jest włączony zbiornik z węglanem sodu, który pochłania $CO_2$. Mamy tutaj mie-

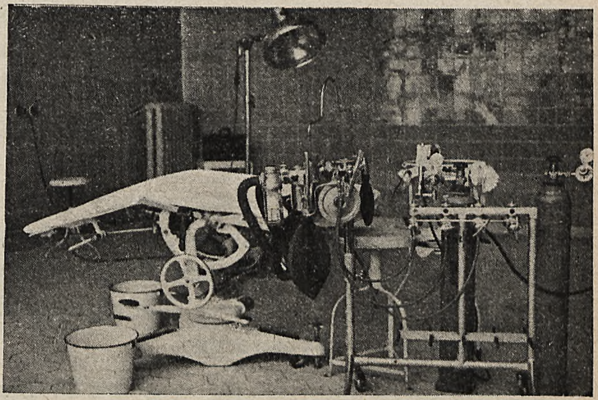
szankę (eter, $O_2$, $N_2O$), która dostaje się do worka „S“, a stamtąd do maski, omijając przy wdechu zbiornik z węglanem sodowym, dzięki ustawieniu na tej drodze wentyli, przy wydechu zaś zawartość musi przejść przez pochłaniacz, który wiąże $CO_2$. Wówczas możemy stosować mniejszą ilość środka usypiającego, gdyż dodajemy mieszankę oczyszczoną z $CO_2$, a otrzymaną przy wydechu.

Sposób ten jest bardzo oszczędny, a ponadto pozwala nam dokładnie dawkować nie tylko środki odurzające, lecz regulować zawartość dwutlenku węgla — co ma doniosłe znaczenie.

Po zapoznaniu się z tymi zasadami, widzimy, że jesteśmy w stanie dzięki specjalnym aparatom dowolnie dobierać tak ilościowo jak i jakościowo poszczególne środki usypiające.

Obraz nie byłby pełny, gdybyśmy nie zwrócili uwagi na ściśle wiążące się z tym sprawy, a mianowicie na możliwość przeprowadzania oddechu **wspomaganego** i **kontrolowanego.** Ma to szerokie zastosowanie w tych przypadkach, gdzie celem naszym jest uzyskanie (za pomocą środka porażającego połączenia nerwowo-mięśniowe) porażenia częściowego lub zupełnego oddechu. Środkiem tym jest kurara, stosowana w ilości 7 do 15 mg. Do przeprowadzenia takiej narkozy nazwanej **dotchawiczą** służą specjalne rurki dotchawicze (gumowe) o różnej grubości, które wprowadzamy do tchawicy, posługując się laryngoskopem (wziernik krtaniowy). Połączenie bezpośrednie aparatu z rurką w wypadku porażenia oddechu sprawia, że zamiast chorego oddycha aparat, a ściśle mówiąc worek gumowy „S“, rytmicznie wprowadzany w ruch przez anestetystę.

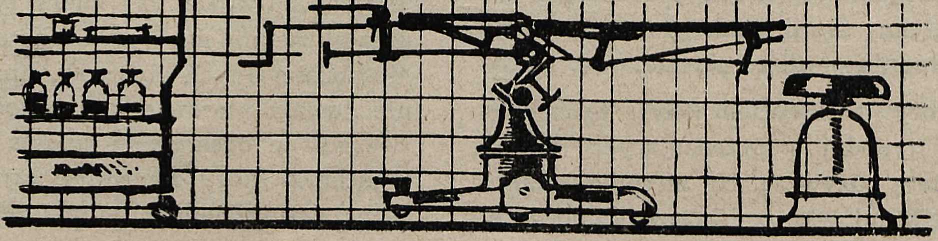
Uśpienie dotchawicze ograniczamy do zabiegów specjalnych ze względu na: konieczność dokładnej znajomości różnorodnych aparatów (Mac-Kesson'a, Heidbrinka, Boyl'a, Vaporiser— Oksfordzki Nr I. itp.), na kosztowność tego uśpienia i na potrzebę lekarza - specjalisty w tej dziedzinie (anestetysty). Wskazania do tej narkozy są następujące: a) niska niedrożność oddechowa (np. guz uciskający na tchawicę), b) stworzenie lepszego pola operacyjnego w szczególnie rozległych, niedostępnych okolicach, c) w daleko posuniętej niedrożności jelit, d) w zabiegach na klatce piersiowej i e) w celu cucenia.



**Aparat Mac-Kesson'a do narkozy dotchawiczej z pochłaniaczem. Butle z gazem $O_2$ i $N_2O$ (metoda zamknięta).**
*(Sala operacyjna Okr. Szpit. P.C.K. i II Kl. Chirurg. w Łodzi).*

Na zakończenie nadmienić muszę, że nasze spostrzeżenia pozwalają nam być entuzjastami tej metody nie tylko dlatego, że daje nam ona możność operowania w dogodnych warunkach, lecz także dlatego, że otwiera ona nowe drogi dla rozwoju chirurgii, a co ważniejsze, oszczędza siły chorego podczas uśpienia, zapobiega powikłaniom pooperacyjnym, pielęgniarce ułatwia opiekę nad operowanym chorym, który dobrze oddycha, już w półświadomości powraca na salę chorych, szybko się budzi z uśpienia i wraca do prawidłowego stanu.

*Bogdan Wróblewski*



ZOFIA DUDÓWNA
*Pielęgniarka Szpitala P.C.K. w Łodzi*

# CHORY W OKRESIE OPERACJI

KAŻDA operacja chirurgiczna, mniej czy więcej rozległa, wpływa na zachwianie równowagi organizmu, a poza tym oddziaływa ujemnie na psychikę chorego, co tłumaczy się obawą o życie i powodzenie zabiegu. Nie bez wpływu na psychikę chorego pozostaje i ból, który mimo stosowania środków znieczulających — czeka go po operacji.

Chorzy wylęknieni, zdenerwowani źle znoszą uśpienie i zabieg, dlatego należy dodać im otuchy, rozwiać obawy i wzbudzić całkowite zaufanie do operatora i usypiającego.

Obowiązkiem pielęgniarki jest przygotowanie chorego **ogólne i miejscowe.**

W PRZYGOTOWANIU OGÓLNYM przede wszystkim musimy zwrócić uwagę na bezwzględną czystość chorego. W przeddzień operacji trzeba go wykąpać w wannie lub łóżku, zależnie od stanu jego zdrowia, oraz zmienić bieliznę osobistą i pościelową. Ważna jest również higiena jamy ustnej, szczególnie przed niektórymi operacjami. Wówczas, kilka razy dziennie podajemy do płukania płyn dezynfekcyjny. Zwykle wieczorem w dniu poprzedzającym zabieg, lub najpóźniej rano, na 3 godziny przed operacją, robi się wlew przeczyszczający, po którym musi być wypróżnienie. Przed niektórymi operacjami przez kilka dni podajemy środki przeczyszczające, aby uwolnić przewód pokarmowy od zalegających mas kałowych. Wówczas też stosuje się ścisłą dietę. Ważne to jest wtedy, gdy chcemy, aby chory nie oddawał stolca przez kilka dni np. po operacji guzków krwawniczych. W schorzeniach przewodu pokarmowego nie stosuje się nigdy środków przeczyszczających. Chorzy w tych przypadkach otrzymują dietę lekko-strawną przez kilka dni przed zabiegiem, w przeddzień zaś przynajmniej od południa — dietę płynną.

Jeżeli chory jest wycieńczony, to nawet przez kilka tygodni poprzedzających zabieg stosujemy dietę odżywczą. Na zlecenie lekarza wykonuje się kroplówki, podskórne lub dożylne, z soli fizjologicznej z glukozą, lub wlewki doodbytnicze. W dzień operacji chory nie może jeść; kilka godzin przed zabiegiem podaje mu się szklankę dobrze osłodzonej herbaty lub kawy ziarnistej. Aby noc poprzedzającą operację chory dobrze przespał, podaje mu się lekkie środki nasenne i uspokajające.

Przed zabiegiem (od pół do dwóch godzin) wstrzykuje się choremu, według zlecenia lekarza, środek nasenny i przeciwbólowy. Przed zabiegiem w uśpieniu wziewnym eterowym wstrzykuje się równocześnie atropinę, aby zmniejszyć wydzielanie śluzu w górnych drogach oddechowych. Przed zabiegami nagłymi, np. z powodu niedrożności jelit, uwięzniętej przepukliny, ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego itp., jeżeli chory jadł przed kilku godzinami, obowiązuje zgłębnikowanie żołądka dla usunięcia jego zawartości.

Krótko przed zabiegiem operacyjnym, chory musi oddać mocz; jeżeli nie może samoistnie, to trzeba cewnikować pęcherz moczowy. Przed odejściem chorego na salę operacyjną pielęgniarka musi sprawdzić czy nie ma on protez zębowych, jeżeli tak, to trzeba je wyjąć i starannie przechować. U kobiet wyjmujemy szpilki z włosów, owijamy głowę chusteczką, zdejmujemy łańcuszki, biżuterię itp.

PRZYGOTOWANIE MIEJSCOWE w przeddzień operacji polega na dokładnym ogoleniu i odkażeniu pola operacyjnego benzyną i alkoholem. Tak przygotowane pole okrywa się jałowym opatrunkiem lub kompresem alkoholowym, który zdejmuje się dopiero z chwilą ułożenia chorego na stole operacyjnym.

Rano, w dzień operacji, pielęgniarka musi jeszcze sprawdzić, czy chory przypadkiem nie gorączkuje, nie ma wysypki na ciele, lub innych niespodziewanych objawów, np. u kobiety, czy nie dostała krwawienia miesięcznego.
Poczynione obserwacje zgłasza lekarzowi operującemu, który zdecyduje czy zabieg ma się odbyć czy też należy go odłożyć.

PRZED OPERACJĄ przewożąc chorego do sali operacyjnej, należy uważać, aby się nie przeziębił po drodze. Pielęgniarka asystuje przy przewożeniu chorego i pozostaje przy nim, aż do uśpienia.

PO SKOŃCZONYM ZABIEGU pielęgniarka odbiera chorego z sali operacyjnej i zawozi na oddział; powinna przynieść ze sobą nerkę, płatki ligniny, gdyż chory po uśpieniu może wymiotować. Musi zainteresować się jaki zabieg został wykonany, zamierzony czy też inny, aby wiedzieć jak pielęgnować chorego po tej operacji. · Podczas operacji w uśpieniu wziewnym chory traci dużo ciepła, gdyż narkoza poraża czasowo ośrodek regulacji cieplnej w mózgu, dlatego więc należy przygotować dobrze ogrzane łóżko. Głowę ułożyć nisko, by uniknąć niedokrwienia mózgu, a przez zwiększenie dopływu i odpływu krwi z mózgu, szybciej wydalić resztki narkozy z tkanki mózgowej. Po znieczuleniu wewnątrzoponowym (lędźwiowym) trzeba chorego ułożyć w pozycji siedzącej, aby wprowadzony do worka oponowego środek znieczulający, nie przesunął się wyżej; może on bowiem porazić oddychanie lub inne ważne dla życia ośrodki w rdzeniu przedłużonym·

Po operacjach jamy brzusznej podkładamy pod kolana wałek i unosimy lekko tułów ku górze, aby zmniejszyć napięcie powłok brzusznych, a tym samym zmniejszyć ból. Jeżeli operowane są kończyny dolne, to układamy je wyżej od tułowia, aby ułatwić odpływ krwi.

Pod wpływem zabiegu operacyjnego i uśpienia może wystąpić wstrząs pooperacyjny lub zapaść. Chory staje się niespokojny, blady, pokryty zimnym potem, ma zimne kończyny, bardzo szybkie tętno. Takiego chorego należy ogrzać, oraz podawać na zlecenie lekarza środki nasercowe i naczyniowe. Głowę układamy nisko, jak przy omdleniu.

Dość częstym powikłaniem pooperacyjnym, jest zahamowanie oddechu na skutek zapadnięcia języka, zanieczyszczenia dróg oddechowych śluzem, zachłyśnięcia się wymiocinami, względnie krwią (przy krwotoku). Chory taki sinieje, charczy, dusi się. Ratując, przekręcamy choremu głowę na bok, rozwieramy szczęki, wyciągamy język, usuwamy śluz z jamy ustnej, zakładamy rurkę lub podajemy tlen.

Z dalszych powikłań pooperacyjnych spotykamy krwotok zewnętrzny lub wewnętrzny. Krwotok zewnętrzny może wystąpić po operacji z różnych przyczyn, np. z powodu spełznięcia podwiązki z naczynia krwionośnego. Przy krwotoku wewnętrznym chory jest niespokojny, blady, pokrywa się zimnym potem, ziewa, ma mroczki przed oczami, nitkowate tętno. Stosujemy lód lub zimne okłady, środki farmakologiczne (na zlecenie lekarza), które zwiększają krzepliwość krwi i leki zwężające naczynia krwionośne. Należy choremu często przypominać, aby głęboko oddychał, mimo, że to może sprawiać mu ból; należy go również zmuszać do wykrztuszania zaległości z dróg oddechowych. Niezastosowanie się chorego do wymienionych zleceń, może wywołać odoskrzelowe zapalenie płuc.

Pielęgniarka jest całkowicie odpowiedzialna za przygotowanie chorego do operacji, a częściowo i za jego życie, musi więc być przy chorym, aż do zupełnego odzyskania świadomości.

Chorym trzeba okazać dużo zrozumienia, gdyż są oni wytrąceni z normalnego życia, daleko od rodziny, niepewni swego losu. Bardzo staranną opieką należy otaczać ciężko chorych często nieuleczalnych np. z rakiem i przerzutami. Musimy uważać, aby chory taki nie dowiedział się o swej beznadziejnej sytuacji. Chorzy po amputacjach kończyn często załamują się psychicznie, i chociaż przed operacją wiedzą co ich czeka, to jednak pierwsze wrażenie jest dla nich zawsze wstrząsające. Należy im wytłumaczyć, że są tak samo wartościowymi jednostkami jak i przed tym i starać się umilić im czas w szpitalu, znaleźć niemęczące zajęcie.

Rola pielęgniarki na oddziale chirurgicznym jest niełatwa i wymaga stałej czujności, lecz zadowolenie, jakie daje jej ta praca, jest rekompensatą za poniesione wysiłki i trudy.

Opisane wyżej czynności pielęgniarki na oddziale chirurgicznym nie będą żadną rewelacją dla pielęgniarek pracujących na tym oddziale, staną się może jednak przyczynkiem do pogłębienia wiedzy tych koleżanek, które z pracą na chirurgii stykały się bardzo niewiele, lub bardzo dawno.

**Zofia Dudówna**

URBANICKA BARBARA
*Instruktorka Szkoły Pielęg.*
*Z.Z.P.S.Z.*

# ROLA PIELĘGNIARKI PRZY TORAKOPLASTYCE

PIERWSZĄ torakoplastykę wykonano w roku 1911. Od tego czasu stosowano ją coraz częściej z mniejszym lub większym powodzeniem. Metodę, jaka dziś jest powszechnie stosowana, opisał norweski chirurg Semb w r. 1934. Torakoplastykę stosuje się przy zmianach gruźliczych w szczytach płuc, w wypadkach, kiedy wytworzenie odmy sztucznej wewnątrzopłucnej jest niemożliwe z powodu zrostów opłucnowych. Zabieg operacyjny polega na podokostnowym wycięciu żeber i odłuszczeniu wierzchołka płuca (apikoliza), co daje w rezultacie zapadnięcie i unieruchomienie chorego płuca. W zależności od umiejscowienia jamy gruźliczej usuwa się od 5—10 żeber. W przypadku konieczności usunięcia więcej niż 5 żeber, operację wykonuje się w dwóch lub trzech etapach, aby nie wywoływać zbyt wielkiego wstrząsu pooperacyjnego u chorego i zapobiec ruchom paradoksalnym. Ruchy paradoksalne mogą powstać przy zapadniętym płucu po usunięciu jednorazowo dużej liczby żeber: przy wydechu część powietrza wydostając się z płuca zdrowego wchodzi do płuca zapadniętego, przy wdechu do płuca dochodzi nie tylko powietrze z zewnątrz, ale również powietrze z płuca zapadniętego. Powietrze to zawiera dużą ilość dwutlenku węgla, podrażnia więc ośrodek oddechowy i może spowodować duszenie się i śmierć.

## PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

Torakoplastyka, jako ciężki zabieg operacyjny, wymaga specjalnego przygotowania chorego, które trwa około miesiąca. Chory w tym okresie unika wszelkich wysiłków fizycznych, nie wstaje zupełnie z łóżka, dużo weranduje i odżywia się intensywnie. Ogólnie wzmacnia się chorego przez wstrzykiwanie podskórne toniny. Dużą wagę przywiązuje się w tym okresie do specjalnych ćwiczeń oddechowych, polegających na zwiększeniu pojemności płuc przez głębokie wdechy i wydechy. Zwiększającą się pojemność płuc, kontroluje się codzień przy pomocy spirometru. W tym czasie przeprowadza się również wszystkie badania kliniczne, jak: badanie opadu i obrazu krwi, badanie plwociny, próbę czynnościową serca i nerek oraz kilkakrotne zdjęcia rentgenowskie zwykłe i tomograficzne (zdjęcia warstwicowe płuc).

Na kilka dni przed operacją podaje się choremu w celu nawodnienia organizmu duże ilości płynów w postaci kompotu, dobrze osłodzonej herbaty i lemoniady.

W przeddzień zabiegu wykonuje się normalne zabiegi pielęgniarskie, lecz specjalny nacisk kładzie się na przygotowanie pola operacyjnego: ogolenie całej klatki piersiowej od tyłu i przodu, obmycie gorącą wodą z mydłem, odkażenie benzyną, spirytusem i jodyną. Na tak przygotowane pole zakłada się wyjałowioną serwetkę i przymocowuje się ją opaską. Na noc podaje się choremu w dużej dawce środek nasenny.

Na godzinę przed operacją na zlecenie lekarskie wstrzykuje się choremu Morph. mur. 0,01 + Atrop. sulf. 0,001.

## ZABIEG

Operację wykonuje się w znieczuleniu przewodowym i miejscowym $^1/_2$% nowokainą. Znieczulenie przewodowe polega na wstrzyknięciu do każdego międzyżebrza od tyłu, przykręgosłupowo, od 15—20 $cm^3$ roztworu znieczulającego, od przodu zaś przymostkowo, do 3 górnych międzyżebrzy. Miejscowo znieczula się linię cięcia i przestrzeń podłopatkową.

Chorego układa się na zdrowym boku, podkładając pod pachę wałek; ręka po tej stronie zwisa ku dołowi przez specjalny otwór w stole, ręka zaś po stronie operowanej wysunięta jest ku przodowi i nieco ku górze. W czasie operacji, która trwa około $1^1/_2$ godz. kontroluje się tętno, ciśnienie, ilość oddechów na 1 minutę, zapisując to na specjalnej karcie.

Po skończonej operacji jamę pooperacyjną wypełnia się na parę minut kompresami nasączonymi gorącym roztworem soli fizjologicznej, ażeby zapobiec krzepnięciu wylanej krwi i ułatwić jej wchłanianie.

Szew po torakoplastyce zasypuje się proszkiem cibazolowym i przykłada wyjałowioną ga-

zą, którą pokrywa się całkowicie plastrem szerszym o parę centymetrów.

Aby uniknąć ruchów paradoksalnych, w miejscu usuniętych żeber zakłada się rulon z waty, który przymocowuje się elastycznym plastrem. Jeden koniec przykleja się poza linią środkową ciała od przodu, drugą poza kręgosłupem. Po operacji układa się chorego na wznak, płasko, ustawiając łóżko w nogach chorego na klockach o wysokości mniej więcej $^1/_2$ m i włącza się budę elektryczną. Wszystko to ma na celu podniesienie ciśnienia krwi, które należy kontrolować wraz z tętnem i liczbą oddechów co $^1/_2$ godz. i zapisywać na specjalnej karcie. Jeżeli ciśnienie dochodzi do 90/100 i tętno jest dobrze napięte, zdejmuje się budę i usuwa klocki. Mniej więcej po 6 godz. od zakończenia operacji wstrzykuje się choremu na zlecenie lekarza $^1/_2$ cm pantoponu i układa się go w pozycji siedzącej, opierając na 3 specjalnych poduszkach w ten sposób, by miejsce zoperowane znalazło się w wolnej przestrzeni między poduszkami.

## PO OPERACJI

W okresie pooperacyjnym główną uwagę zwraca się na ćwiczenia oddechowe i gimnastyczne. Ponieważ ćwiczenia te są bardzo przykre i wymagają dużego wysiłku, dlatego przez 5 dni po operacji wstrzykuje się choremu na zlecenie lekarza co 6 godz. $^1/_2$ cm pantoponu.

Duża ilość prątków Kocha znajdująca się w zapadniętej po zabiegu jamie musi być wydalona na zewnątrz. W tym celu podaje się choremu co 3 godz. środek wykrztuśny; rzeczą bardzo ważną jest pomoc przy kaszlu, która polega na silnym uciśnięciu obiema rękoma klatki piersiowej w miejscu zoperowanym. Jeżeli chory nie odpluwa, następuje wysiew do dolnych części płuca, co powoduje powstawanie nowych ognisk gruźliczych. Jeżeli środek wykrztuśny nie daje pożądanego skutku, kładzie się chorego na brzegu łóżka, na zdrowym boku, w ten sposób, aby głowa i zdrowa ręka zwisały bezwładnie ku dołowi. Łóżko w nogach chorego stawia się na podpórkach i zaleca się głębokie wdechy i wydechy. W ten sposób pobudza się chorego do kaszlu. W tej pozycji nie może chory pozostawać dłużej niż godzinę. Takie ułożenie stosuje się od 2—5 razy dziennie, w zależności od zlecenia lekarza.

Ażeby zapobiec przykurczom mięśni barku i ewentualnemu skrzywieniu kręgosłupa po wycięciu większej liczby żeber, zaleca się choremu gimnastykę ręki po stronie operowanej. Ćwicząc stopniowo już od pierwszego dnia po operacji, podnoszenie ręki do poziomu, po kilku dniach chory wykonuje ręką wszystkie ruchy obrotowe.

W okresie od 7—10 dnia po operacji kontroluje się co 4 godziny ciepłotę, tętno i oddechy, przy czym zapisuje się codzień dobową ilość plwociny. Na 11 dzień po operacji zdejmuje się szwy; na miejscu usuniętych żeber zostawia się w dalszym ciągu rulon z waty i zakłada się gorset, w którym chory leży około 2—4 tygodni. Drugi i trzeci etap torakoplastyki wykonuje się w 3 tygodnie po pierwszym.

*Urbanicka Barbara*



**Gmach Sanatorium Dziecięcego PCK w Rabce jest na ukończeniu. Niezadługo już dzieci zagrożone gruźlicą znajdą tu słoneczny wypoczynek.**

LUBA BLUM-BIELICKA
*B Dyr. Szkoły Piel. na Czystem*

# PIELĘGNIARKI W POWSTANIU ŻYDOWSKIM W WARSZAWIE



(F. P.)
**Fragment pomnika ku czci bohaterów powstania w getcie warszawskim**

18 KWIETNIA 1943. WIELKANOC. Getto Warszawskie liczyło wówczas jeszcze około 40 tysięcy ludzi. Perfidny, krwiożerczy faszyzm niemiecki wybrał okres Świąt Żydowskich dla wymordowania tych pozostałych za murami ludzi. Malały hitlerowskie nadzieje na rychłe zwycięstwo na froncie wschodnim, jak gdyby dla chwilowej „rekompensaty" Niemcy pchnęli przeciw bezbronnym Żydom wyćwiczone, uzbrojone po zęby oddziały szturmowe, by „zwycięstwo" było tym pełniejsze chwały...

Getto zatonęło w kłębach czarnego dymu i łunie niegaszonych pożarów. Na ulicach Franciszkańskiej, Ś-to Jerskiej, Bonifraterskiej, na Nalewkach, Zamenhofa, Miłej i Niskiej rozgorzała nierówna, zacięta, beznadziejna walka na śmierć. Nie na życie...

Z doraźnie improwizowanych umocnień, barykad, dachów — fortyfikacji i okien posypały się kule na znienawidzonego wroga. W podziemiach przy ulicy Niskiej pośpiesznie fabrykowano granaty. Granaty te spaliły niejeden czołg niemiecki. Lecz broni było mało.

Pamiętam, jak w pierwszym dniu Powstania młody bojowiec żydowski o jasnych blond włosach i niebieskich oczach przemycił 2 rewolwery przez wysoki mur na Placu Parysowskim. Wierzył w swoje „szczęście" i „aryjski wygląd", ... które miały mu pomóc w dalszym przemycaniu broni. Widziałam go później, tego samego dnia, przeszytego serią z niemieckiego karabinu maszynowego na ulicy Bonifraterskiej.

W dniu 20 kwietnia walki toczyły się w pobliżu szpitala. Pielęgniarki nosiły wodę i żywność walczącym powstańcom. Opatrunki robiło się w podziemnych bunkrach. Dokoła panował żar nie do zniesienia. Ludzie padali z braku wody. Starsza pielęgniarka Szpitala, **Blimbaum-Rochmanowa** dzielnie pomagała walczącym. Poległa, jak wszyscy zresztą obrońcy domu przy ul. Nalewki 33.

Tegoż dnia, Niemcy rozwścieczeni rozpaczliwym oporem, spalili Szpital Żydowski. Żywcem spłonęli chorzy i cały niemal personel, m. in. Dyrektorka Szpitala im. Bersonów i Baumanów, **Dr Braude-Hellerowa** i instruktorka pielęgniarstwa, **Rachela Rozenblat.**

Z palącego się Szpitala, wprost na roztopioną od buchającego zewsząd żaru ulicę, wyskoczyła **Sabina Zenderman,** absolwentka XXIV zespołu uczennic. Z popalonymi stopami, z włosami w płomieniach chwycili ją hitlerowcy. W takim stanie rzucili do wagonu (gdzie większość ludzi zginęła z uduszenia) i wywieźli do Obozu Koncentracyjnego. Przeszła przez Majdanek i Oświęcim, aż wreszcie wyzwoliła ją Armia Czerwona i Wojsko Polskie.

W Getcie warszawskim dobrze znana była postać **Ali Gołąb-Grynbergowej,** pielęgniarki, absolwentki I zespołu Szkoły Pielęgniarstwa na Czystem. Była naczelną pielęgniarką w Wydziale Zdrowia w Getcie. Często w białym czepku z czarną opaską, w długiej pelerynie błyskającej czerwienią podbicia, z dzieckiem na ręku spieszyła do bram Getta, by za przepustką pójść z maleństwem na stronę aryjską, rzekomo do lekarza - specjalisty. Tam, z pomocą polskiej pielęgniarki, **Róży Zawadzkiej,** umieszczała dziecko w jakimś zakładzie opiekuńczym lub oddawała polskiej rodzinie. I mimo, że miała „aryjskie papiery" i zapewnione schronienie w podziemnej organizacji „na Kole", nie porzucała swej niebezpiecznej, bohaterskiej działalności.

16 kwietnia, na 2 dni przed powstaniem, obie pielęgniarki znów znalazły się w Getcie, by wyprowadzić jeszcze jedno dziecko, by uratować jeszcze jedno niewinne życie· Niestety. Ala Grynbergowa i Róża Zawadzka zginęły męczeńską śmiercią w Poniatowie, po Powstaniu. Zabrały ze sobą tajemnicę pochodzenia maleństw i ich prawdziwe nazwiska.

Czasami, pojedynczym pielęgniarkom udawało się zbiec na stronę aryjską. Pomagała im w tym ś. p. **Maria Babicka-Zachertowa,** b. referentka dla Spraw Pielęgniarskich. Wydawała fałszywe zaświadczenia, by mogły pracować jako służące. Chcąc uratować **Ginę Klepfiszównę,** która po tragicznych przeżyciach, w stanie zupełnego niemal wyczerpania uciekła z Getta, Maria Zachertowa umieściła ją w szpitalu. Niestety, Gina Klepfiszówna zmarła. Maria Zachertowa odprowadziła ją sama na cmentarz katolicki.

Ostatnią pielęgniarką, której udało się schronić poza murami Getta, była **Lusia Harkawi,** jedna z najmłodszych uczennic szkoły pielęgniarstwa. Podczas bombardowania Warszawy przez lotnictwo radzieckie, w dniu 12.5.1943 r., uciekła przez wyrwę w murze przy ulicy Bonifraterskiej. Przeżyła.

Po ucieczce na stronę aryjską, pielęgniarki walczyły w partyzantce, a wśród nich: **Ala Margolis, Lusia Leneman, Paulina Gasław i Ala Sznajder.** Ta ostatnia, później żołnierz Armii Ludowej, została jako spadochroniarka zrzucona pod Krakowem w ważnej misji wojskowej. Po wojnie pracowała w Szpitalu Wojskowym w Otwocku. Dziś Ala Sznajder jest matką rocznej córeczki i mieszka w Łodzi.

Powstanie w Getcie było pierwszym w Polsce, większym wystąpieniem zbrojnym przeciw okupantowi; było tragicznym epizodem walki Antyfaszystowskiego Frontu z hitlerowskim najeźdźcą.

Bohaterowie Getta oddali swe życie w obronie honoru swego Narodu, w walce o Wspólną Wolność.

Ludzie miłujący Pokój oddają hołd bohaterom Getta.

*Luba Blum-Bielicka*



**Rok 1943.** (F. P.)
**Widok getta po powstaniu żydowskim**



**Rok 1948.** (F. P.)
**Tereny Getta w odbudowie. Na zdjęciu widoczny nowoprzedłużony odcinek ulicy Marszałkowskiej.**

W. A. RYBASÓW *)

# PIELĘGNIARKI W WOJNIE KRYMSKIEJ

*W pierwszych miesiącach Wojny Krymskiej, w październiku 1854 r. korespondent londyńskiego dziennika „Times" nadesłał sprawozdanie z terenu wojny, przedstawiając tragiczny los żołnierzy angielskich, którzy w szpitalach pozbawieni są zupełnie opieki, wskutek czego śmiertelność rannych i chorych dochodzi do 60%. Podawał przy tym, że w szpitalach francuskich i rosyjskich żołnierze otoczeni są troskliwą opieką sióstr miłosierdzia.*

*Zorganizowanie opieki pielęgniarskiej w rosyjskich szpitalach wojskowych było zasługą Dr M. I. PIROGOWA, który przyczynił się do założenia Stowarzyszenia Sióstr Miłosierdzia Św. Krzyża.*



**Katarzyna Bakunina**

W ROSJI, wcześniej niż w innych krajach, z inicjatywy społeczeństwa, a w szczególności dzięki zabiegom wielkiego uczonego rosyjskiego, lekarza Mikołaja Iwanowicza Pirogowa, pojawiły się siostry miłosierdzia, specjalnie do pielęgnacji rannych i chorych w szpitalach wojennych.

W październiku 1854 r. w Petersburgu (**obecnie Leningrad przyp. tłum.**) założono Stowarzyszenie Sióstr Miłosierdzia pod wezwaniem Świętego Krzyża. Celem działalności Stowarzyszenia, według postanowień statutu, było współdziałanie z personelem lekarskim w szpitalach wojennych przy pielęgnowaniu rannych i chorych, oraz przynoszenie ulgi w cierpieniach.

Powstanie Stowarzyszenia pod wezwaniem Św. Krzyża zbiegło się z wybuchem wojny między sprzymierzonymi siłami Anglii, Francji i Turcji a Rosją w r. 1854. Chrzest bojowy przeszły pierwsze rosyjskie siostry miłosierdzia w czasie obrony Sewastopola.

Pierwszy zespół, składający się z 28 sióstr pod kierownictwem siostry Stachowicz, przybył do Symferopola dn. 1 grudnia 1854 roku.

W czasie trwania oblężenia Sewastopola w mieście tym pracowało do osiemdziesięciu sióstr miłosierdzia, a ogółem pod koniec roku 1854 na południu Rosji było ich około 200.

Bohaterska praca pierwszych pielęgniarek rosyjskich opisana została przez Pirogowa w jego sprawozdaniu pt. **„Historyczny przegląd działalności Stowarzyszenia Sióstr pod wezwaniem Św. Krzyża dla pielęgnacji chorych i rannych w szpitalach wojennych na Krymie i w guberni Chersońskiej od 1 grudnia 1854 r. do 1 grudnia 1855 r.".**

Pirogow wysoko ocenił działalność sióstr miłosierdzia, wykonywaną w niezwykle trudnych warunkach. Pirogow pisał: „Wymęczeni nocnymi dyżurami, operacjami, opatrunkami rannych, lekarze i siostry w ciągu tych pamiętnych dni nie znali innego spoczynku, oprócz krótkiego snu na ławkach w pokojach dyżurnych, podczas którego wciąż byli budzeni przez wy-

*) „Medicinskaja Siestra" Nr. 1. 1949 r.

buchy bomb oraz jęki nowoprzynoszonych rannych".

Dzielne kobiety zajmowały się nie tylko swymi bezpośrednimi obowiązkami, ale okazywały najdalej idącą troskę o wszystkie potrzeby rannych i chorych; pracowały z entuzjazmem, nie odczuwając zmęczenia i gardząc niebezpieczeństwem śmierci.

Ogółem — przy wykonywaniu swych obowiązków — zmarło 17 sióstr miłosierdzia.

Pirogow był doskonałym organizatorem wojennej służby lekarskiej na wszystkich jej odcinkach. Służba pierwszych rosyjskich pielęgniarek została również przez niego zorganizowana na nowych, nieznanych dotąd zasadach.

Wszystkie siostry, zgłaszające się do pracy w szpitalach, zostały podzielone na trzy grupy: siostry opatrunkowe, aptekarki i gospodarcze.

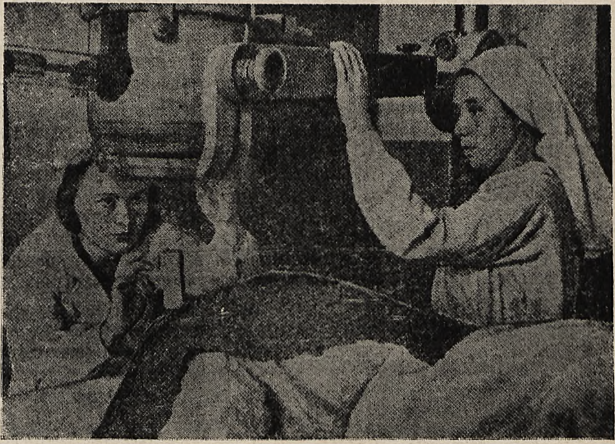
Siostry opatrunkowe pracowały na punktach opatrunkowych i operacyjnych, pomagały przy opatrunkach, szykowały materiały opatrunkowe i narzędzia chirurgiczne. Siostry aptekarki przechowywały i rozdawały rannym i chorym lekarstwa według przepisów lekarzy, pielęgnowały chorych na salach, tzn. w obecnym pojęciu były pierwszymi siostrami salowymi. Siostry gospodarcze były odpowiednikiem obecnych starszych sióstr i sióstr gospodarczych. Miały za zadanie prowadzenie całości gospodarki, dbały o czystość bielizny, pilnowały pracy młodszego personelu i pielęgnacji chorych w ogóle.



**72% rannych w czasie ostatniej wojny, dzięki pracy bohaterskich pielęgniarek i lekarzy radzieckich, odzyskało całkowicie zdrowie i powróciło na front.**

Pirogow przewidział jeszcze jedną ważną stronę pracy szpitalnej, którą obarczył siostry gospodarcze; obowiązkiem ich było przyjmowanie na przechowanie pieniędzy i rzeczy osobistych rannych i chorych.

Pirogow podkreślał: „Szczególnie ważny jest ten obowiązek w stosunku do beznadziejnie rannych; siostry przyjmując od nich pieniądze, jednocześnie zobowiązują się do wykonania ostatniej woli umierających (np. przesłać pieniądze pocztą rodzinie itp.)".



**W czasie pokoju pielęgniarki radzieckie, poza codzienną swą pracą, uzupełniają wiadomości przez specjalizację w różnych gałęziach zawodu.**

Pirogow wprowadził do pracy cenną nowość: wszystkie siostry obowiązane były prowadzić specjalny dziennik, do którego wpisywało się zauważone niedostatki lub niedociągnięcia przy pielęgnowaniu rannych i chorych.

Z Sewastopola ranni byli ewakuowani do Symferpola, a stamtąd do miast rosyjskich mniej lub więcej oddalonych od Krymu. Przewożenie chorych odbywało się zazwyczaj transportem konnym, a nawet wołami, zaprzężonymi w zwykłe chłopskie wozy. W drodze ranni musieli obywać się bez pomocy lekarskiej do 10 dni, a nieraz i dłużej.

Pirogow postanowił zorganizować oddziały „transportowe" sióstr miłosierdzia, które miały nieść ulgę rannym podczas ewakuacji. Oddział składał się z dwóch lub trzech sióstr pod kierownictwem starszej siostry i miał przy sobie dostateczny zapas środków opatrunkowych, leków, herbaty, cukru i bielizny. Oto jak Pirogow opisuje pracę oddziałów transportowych:

„Obowiązki sióstr oddziału transportowego są niezwykle trudne, kłopotliwe i jednostajne. Spędzają całe dnie, a nawet tygodnie, w chłodzie i wilgoci; grzęzną w błocie na bocznych drogach etapowych; pielęgnują chorych, rozrzuconych w etapowych aułach **(wioska tatarska przyp.**

tłum.) nieraz na przestrzeni kilku kilometrów, nie zawsze rozporządzając dostatecznymi środkami na wypadek nagłych komplikacji choroby. Zaledwie wróciły — już znowu wyruszają w znajomą drogę. Tak wygląda służba transportowa sióstr Stowarzyszenia pod wezwaniem Św. Krzyża".

Pierwsze siostry miłosierdzia w Rosji chwalebnie wypełniły swe zadanie. Waleczni obrońcy Sewastopola z miłością i szacunkiem wspominali ich imiona.

Szczególnie świetlane wspomnienia zostawiła po sobie pomocnica i współpracowniczka Pirogowa siostra KATARZYNA MICHAJŁOWNA BAKUNINA. Siostra Katarzyna należała do tych znakomitych kobiet rosyjskich, których pamięć stała się nieśmiertelna.

Po kampanii sewastopolskiej aż do r. 1860 kierowała Stowarzyszeniem pod wezwaniem św. Krzyża. W r. 1860 usuwa się ze Stowarzyszenia, by w zapadłej wiosce założyć własnymi środkami szpital dla chorych. Pielęgnuje chorych w szpitalu, odwiedza ich w domach, a chore dzieci wiejskie stają się przedmiotem jej szczególnie troskliwej opieki.

Podczas wojny kaukaskiej (1877—78 r.) siostra Katarzyna, mając już 65 lat, staje na czele oddziału sióstr Czerwonego Krzyża.

„Imię Twe równie niezatarte pozostanie w naszej pamięci, jak niezapomniane będzie w pamięci chorych, którym tak całkowicie oddałaś siebie w ofierze" piszą jej bezpośredni współpracownicy.

Siostra Katarzyna zmarła w r. 1894, w późnej starości. Do ostatnich dni życia nie przerywała swej pracy w dziedzinie pielęgniarstwa.

Chwalebne tradycje pierwszych rosyjskich sióstr miłosierdzia, ofiarnie pracujących na zaszczytnym polu pielęgnacji rannych i chorych żołnierzy były kontynuowane przez dzielne radzieckie pielęgniarki podczas Wielkiej Wojny przeciw zaborcom niemieckim.

*tłum. L. T. O.*

ZOFIA ŻOŁĘDZIOWSKA
*Przew. Sekcji Piel. Oddz. W-skiego ZZPSZ*

# Rola pielęgniarki w przemyśle[6)]

OMÓWIWSZY pokrótce zagadnienie higieny zawodowej, higieny i bezpieczeństwa pracy, przechodzę z kolei do zagadnień higieny osobistej i psychicznej, by w ten sposób zamknąć ten pierwszy i najważniejszy dział, związany z całokształtem pracy pielęgniarki w przemyśle.

Pielęgniarka w przemyśle odgrywa rolę: 1) wychowawczo-instruktorską, 2) propagandową i kontrolną. Jest to rola trudna i odpowiedzialna; wymaga dużego doświadczenia, poznania psychiki człowieka i przede wszystkim społecznego podejścia do pracy. Pielęgniarka musi zdawać sobie sprawę, iż powinna zdobyć zaufanie robotników i osiągnąć w swej pracy zamierzony cel: jak najlepiej chronić zdrowie pracownika i jego rodziny.

Aby cel ten osiągnąć, konieczne jest pozytywne ustosunkowanie się władz nadrzędnych do zamierzeń pielęgniarki. Dyrekcja, Rady Zakładowe, Koła Polityczne, lekarz fabryczny muszą się zatroszczyć o zainstalowanie na terenie zakładu pracy takich urządzeń higieniczno-sanitarnych, by umożliwić robotnikowi utrzymanie właściwej higieny osobistej, by nie tłumaczył się brakiem umywalni, ręcznika, mydła, kąpieliska, szatni itd... Umywalnia, urządzona w pobliżu ubikacji, zawsze czynna i utrzymana w czystości przypomni o myciu rąk każdemu, wychodzącemu z ubikacji. Podobnie, umywalnie przy stołówkach nauczą ludzi myć ręce przed jedzeniem. Należyta wentylacja i okna (do otwierania) pozwolą na dopływ świeżego powietrza, co jest przecież rzeczą niezwykle ważną (zdarza się, że okna niektórych fabryk nie pozbyły się do dziś farby wojennej, zaciemnienia z okresu nalotów, a przecież w ciągu tych 4 lat można było wpuścić nieco powietrza i słońca do niejednokrotnie ciemnych warsztatów pracy). Racjonalne ubrania robocze, dostateczna ich ilość, pralnia fabryczna zapewnią higienę pracującemu, nawet przy brudnej robocie. Czynne na terenie fabryki kąpielisko, to nie tylko świeżość i estetyka, lecz przede wszystkim zdrowie pracownika. Równie ważnym — z punktu widzenia zdrowia — czynnikiem jest otoczenie zakładu pracy: drzewa, kwiaty, ławki,

by w czasie przerwy obiadowej każdy z pracujących mógł odetchnąć na świeżym powietrzu.

W każdej pracy człowieka bierze udział rozum, wola, uczucie i wysiłek mięśni. Zależnie od rodzaju wykonywanej pracy, jeden z tych elementów przeważa, nie można jednak z żadnej pracy wykluczyć żadnego z tych czynników. Człowiek nie jest automatem, jest jednostką myślącą; w jego pracy więc muszą współistnieć: cel, racjonalność rozłożenia sił psychicznych i fizycznych w oparciu o wolę. Praca w ten sposób ujęta rodzi sumienność, obowiązkowość i poczucie odpowiedzialności. Praca ma charakter twórczo-społeczny. Praca jako najważniejszy motor postępu powinna być tak wykonywana, by człowiek czerpał z niej zadowolenie. W takiej pracy powstaje potrzeba wymiany usług i wzajemnej użyteczności, a poza tym rodzi się moment uczuciowy — zamiłowanie. Nieraz słyszymy: „czuję się w mej pracy dobrze", „kocham swoją pracę", „kocham swój zawód".

Zadaniem higieny psychicznej jest stworzenie takich właśnie warunków, w których pracujący będzie czuł się dobrze, a praca jego będzie maksymalnie wydajna.

Przy rozmieszczaniu i rozkładaniu zajęć, należy brać pod uwagę indywidualne możliwości pracowników: wiek, płeć, stan zdrowia, zdolności i zamiłowanie.

Mówiąc w poprzednich artykułach o wywiadach, które należą do obowiązków pielęgniarki przemysłowej, zwróciłam uwagę tylko na ich znaczenie w opiece „fizycznej" nad robotnikiem. Obecnie pragnę podkreślić ich doniosłe znaczenie również w całokształcie higieny psychicznej.

Rozwój przemysłu stworzył nowe warsztaty pracy dla mężczyzn i dla kobiet.

Szczególnie do tych nowych gałęzi należy kierować personel po uprzednim zbadaniu i zakwalifikowaniu przez komisję lekarską, nie każdy bowiem znosi jednakowo różne rodzaje zajęć.

Po wojnie spotyka się wiele przypadków osłabienia nerwowego i psychicznego. Dlatego też winniśmy zwrócić uwagę i na tę stronę ogólnej zdrowotności.

Zasadniczym warunkiem leczniczym i zapobiegawczym jest spokój i równowaga umysłowa. Pamiętać o tym powinna pielęgniarka, biorąc udział, jako czynnik wychowawczy, w planowaniu zajęć i modyfikacji sanitarnych na terenie fabryki.

Wniknięcie do istoty zagadnienia higieny psychicznej pozwoli pielęgniarce chronić zdrowych od schorzeń psychicznych, ludzi zaś z nadwątlonym układem nerwowym przywrócić do równowagi.

Higiena psychiczna jest dziedziną stosunkowo młodą i nie dość jasno sprecyzowaną. Do pracy w zakresie higieny psychicznej winien być przeszkolony odpowiedni typ pielęgniarki społecznej.

Ponieważ nie posiadamy obecnie pielęgniarek zaznajomionych z tego rodzaju pracą, wskazane jest doszkalanie pielęgniarek społecznych na specjalnych kursach.



**Wiertaczka Pa-Fa-Wagu, Janina Pawlicka, która lubi swoją pracę i przejawia wiele zdolności, została przodownicą, wyrabiając 333% normy.**

*W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej*

Dr T. ROŻNIATOWSKI

# Pierwsza pomoc

## *OPARZENIA (c. d.)*

**Pierwsza pomoc** przy oparzeniach pierwszego stopnia ogranicza się do natłuszczenia skóry obojętnym tłuszczem lub wazeliną. Dobrze również robią przysypywania oparzonej skóry talkiem, lub krochmalem, a także pędzlowanie mieszaniną oleju lnianego z wodą wapienną. Po kilku dniach oparzenie to mija najczęściej bez śladu.

Poważniejsze jest **oparzenie 2-go stopnia.** Powstaje ono najczęściej pod wpływem działania na skórę gorących płynów, pary wodnej lub osmalenia płomieniem.

Objawy będą podobne do opisanych przy oparzeniach 1-go stopnia, z tym jednak, że oprócz zaczerwienienia występują na skórze pęcherze rozmaitej wielkości wypełnione surowiczym płynem, który wkrótce ścina się w bursztynową galaretę. Oparzenie to jest już daleko groźniejsze i wymaga bezwzględnie interwencji lekarza.

**Pierwsza pomoc** polegać będzie na obmyciu oparzonych części ciała ciepłą wodą z mydłem, b a r d z o o s t r o ż n i e, żeby nie pozrywać delikatnych pęcherzy. Po umyciu pozwolić skórze wyschnąć, a następnie przesypać proszkiem sulfamidowym, nałożyć jałowy opatrunek i odesłać oparzonego do lekarza. Pęcherzy nie należy zdejmować, gdyż g r o z i t o z a k a ż e n i e m! Przekłucie pęcherzy jest dozwolone tylko w tych wypadkach, gdy mamy pewność, że używane instrumenty i materiał opatrunkowy są zupełnie jałowe. Gdy pod ręką znajduje się tanina — należy zastosować wilgotne okłady z jej 4% roztworu (w przybliżeniu 2 niepełne łyżeczki do herbaty na ½ szklanki przegotowanej wody).

**Oparzenie 3-go stopnia** jest już bardzo groźne. Jest to po prostu mniej lub bardziej głębokie zwęglenie tkanek. W tych wypadkach należy chorego jak najprędzej o d e s ł a ć d o s z p i t a l a, po uprzednim przysypaniu oparzonej okolicy proszkiem sulfamidowym lub dermatolem i nałożeniu jałowego opatrunku.

Oparzenia 2- i 3-stopnia powodują zwykle mniej lub więcej wyrażone zaburzenia stanu ogólnego; w wypadkach oparzeń 3-go stopnia zjawia się nawet tzw. wstrząs, który jest wynikiem silnego zatrucia ustroju jadami, jakie powstały pod wpływem ścięcia białka organizmu przez wysoką ciepłotę. W obydwu więc typach oparzeń, oprócz miejscowych zabiegów należy zwracać wielką uwagę na stan ogólny chorego: położyć go w czystej i dobrze ogrzanej pościeli, dać mu do picia dużo ciepłych płynów, najlepiej mocnej kawy lub herbaty oraz podać środki przeciwbólowe. Reszty dokona lekarz, którego zawsze w tych wypadkach trzeba zawezwać.

## *ODMROŻENIA*

Tkanki ludzkie są wrażliwe nie tylko na zbyt wysoką temperaturę, lecz nie znoszą także zbytniego zimna i reagują na nie swoistymi zmianami — ODMROŻENIAMI.

Aby powstało oparzenie, wystarczy — jak wiemy — krótki moment działania wysokiej temperatury. Inaczej dzieje się z odmrożeniami: zimno musi tu działać dłuższy czas i w specjalnych warunkach, aby mogło spowodować uszkodzenia tkanek. Uszkodzenia te są poważniejsze niż w przypadku oparzeń. Zimno znacznie łatwiej niż ciepło przenika w głąb tkanek, szkody więc wywołane przez zimno sięgają głębiej i często zajmują nie tylko skórę, lecz także mięśnie, a nawet kości. Dlatego też daleko częściej zdarzają się amputacje kończyn z powodu odmrożeń niż na skutek oparzeń.

Aby powstało odmrożenie, temperatura nie musi być koniecznie bardzo niska. W pewnych, sprzyjających temu warunkach, odmrożenia mogą pojawić się przy temperaturze nawet nieco powyżej zera. Jednym z najważniejszych warunków jest wilgoć i z całą pewnością wilgotne zimno jest pod tym względem daleko groźniejsze, niż suchy mróz.

Odmrożeniom ulegają najczęściej wystające, obwodowe, tj. najbardziej **„od serca oddalone“** części ciała, a więc uszy, końce palców rąk, stopy i palce nóg. Ludzie bardzo często nakładają sobie po 2—3 pary skarpet w błędnym mniemaniu, że taka gruba warstwa tkaniny uchroni stopy przed odmrożeniem. Tymczasem dzieje się inaczej: ściśle dopasowane obuwie nie może pomieścić dodatkowych skarpet i w rezultacie nadmierne uciśnięcie stopy sprawia, że krew nie może swobodnie dopływać do palców. Powstają więc warunki wybitnie sprzyjające odmrożeniu.

Nos i uszy nie są wprawdzie uciskane, są jednak odkryte i narażone na bezpośrednie działanie mrozu i wilgotnego, zimnego powietrza. Im słabszy będzie mróz i im krócej będzie działał, tym uszkodzenia będą mniejsze i odwrotnie.

Odmrożenie zapowiada się szczypaniem i bolesnym pieczeniem w zagrożonej części ciała, która wkrótce

staje się zupełnie nieczuła i przybiera kredowo białe zabarwienie na skutek silnego skurczu powierzchownych naczyń krwionośnych. Nieco później zjawia się porażenie wymienionych naczyń krwionośnych, co sprawia, że skóra odmrożonej części ciała lekko obrzęka i przybiera barwę sinofioletową. Porażenie powstaje szczególnie szybko wtedy, gdy człowiek, zagrożony odmrożeniem, wejdzie nagle do ciepłego pomieszczenia.

Trzeba zaznaczyć, że odmrożenie zjawia się nieraz tak szybko i skrycie, bez tych omówionych zwiastunów, iż chory dopiero po przyjściu do domu zaczyna odczuwać ból i z przerażeniem dostrzega w lustrze sine zabarwienie i obrzęk. Takie odmrożenia nie są — na szczęście — zbyt groźne i najczęściej mijają same, bez żadnego leczenia, pozostawiają jednak po sobe pewną wrażliwość skóry, co czyni ją bardzo podatną na nowe odmrożenia.

Opisane powyżej odmrożenie, nosi nazwę odmrożenia **rumieniowego**, czyli odmrożenia I STOPNIA.

Daleko niebezpieczniejsze jest odmrożenie II STOPNIA — **pęcherzowe**. Po dłuższym działaniu zimna, powstają na skórze pęcherze, wypełnione cieczą surowiczą lub surowiczo-krwawą. Pęcherze łatwo pękają i ulegają zakażeniu. Na skórze powstają rozległe ropienia, bardzo trudno gojące się, które są często dla chorego niebezpieczne, a lekarzowi sprawiają wiele kłopotów opornością w leczeniu.

(d. c. n.)

## *Z notatnika pielęgniarki*

# Cięte bańki

Bańki cięte stosuje się bądź dla upustu krwi (np. przy nadmiernym ciśnieniu krwi), gdy pacjent ma słabe żyły, a pijawek nie ma pod ręką, bądź też dla odciągnięcia krwi z miejsca, w którym toczy się jakiś proces zapalny, np. w zapaleniu płuc, nerek itd.

Miejsce stawiania baniek ciętych oraz ich ilość określa zlecenie lekarza. Jeśli jednak lekarz nie wskazał ściśle miejsca, gdzie należy bańki postawić, to stawia się je z dala od dużych pni nerwowych i większych naczyń krwionośnych (jeśli chodzi o klatkę piersiową — na łopatkach).

**Przybory:**

1. kompletny zestaw do stawiania suchych baniek;
2. Wyjałowione w sterylizatorze:
   a) kilka baniek,
   b) 2 pensetki,
   c) bistur (skalpel) lub żyletka, albo skaryfikator (bańiecznik), specjalna maszynka do przecinania skóry, której jednak nie można gotować, lecz należy wyjałowić w spirytusie.

   Z punktu widzenia aseptyki lepszy jest skalpel lub żyletka, można je bowiem dokładnie umyć i wygotować.
3. Płyny dezynfekujące: alkohol, eter, jodyna.
4. Wyjałowione w puszce: serwetki, waciki, pałeczki, gaziki.
5. 1 pensetka w spirytusie.
6. Przylepiec i zapas waty.
7. Nerka, miednica z wodą.
8. Miareczkowany cylinder.
9. 2 — 3 ręczniki.

**Pozycja chorego:**

zależy od miejsca stawiania baniek. Pacjent leży na brzuchu lub na plecach, jeśli zaś mamy stawiać bańki na szczytach i stan ogólny pacjenta na to pozwala — w pozycji siedzącej.

**Postępowanie.**

Najpierw stawiamy na 10 minut zwykłe bańki, suche, w ilości 2-krotnie większej niż liczba baniek ciętych, jakie zamierzamy postawić, a to w celu wywołania miejscowego przekrwienia.

Po zdjęciu suchych baniek, pielęgniarka powinna umyć sobie dokładnie ręce, a następnie przygotować teren zabiegu tak, jak pole operacyjne: miejsce, gdzie się przetnie skórę i okolicę zmyć eterem, spirytusem i zajodynować.

Pościel osłonić ręcznikami. a wydezynfekowane miejsca na skórze obłożyć jałowymi serwetkami.

Wyregulować nożyki skaryfikatora, przystawić ściśle do skóry, nacisnąć sprężynkę i przeciąć. Głębokość cięcia zależy od grubości tkanki tłuszczowej podskórnej. Przeważnie tniemy na głębokość do ½ cm.

Następnie, lewą ręką chwytamy wygotowaną bańkę z wierzchu, prawą zaś rozrzedzamy płomieniem powietrze. Szybko przystawiamy tę bańkę na miejsce przecięte.

W ten sposób przykładamy pozostałe bańki. Stopniowo bańki wypełniają się krwią.

Skoro już krew przestanie wypływać, albo też uznamy ilość krwi w bańkach za dostateczną, zdejmujemy bańki w następujący sposób: lewą ręką chwytamy bańkę z zewnątrz, prawą zaś, w której trzymamy wyjałowiony wacik w wyjałowionej pensecie, uciskamy skórę tuż u podstawy bańki i wpuszczając powietrze z łatwością bańkę usuwamy. W tym momencie, wyjałowionym wacikiem zbieramy krew ze skóry do zdjętej bańki.

Po zdjęciu wszystkich baniek oczyszczamy skórę z krwi jałowymi wacikami, miejsca przecięte jodynujemy, przykrywamy kawałkami jałowej gazy i umocowujemy ją przy pomocy przylepca lub opaski.

Teraz należy pacjenta ułożyć wygodnie, poprawić łóżko, krew z baniek przelać do cylindra, zmierzyć ilość krwi i zanotować.

Bańki włożyć do miednicy z wodą, dokładnie umyć i wysuszyć, a następnie cały zestaw uporządkować i schować.

Trzeba pamiętać, że przed zabiegiem, w czasie i po zabiegu należy kontrolować tętno pacjenta.

*Janina Rauowa*

IRENA GUBRYNOWICZ
*Abs. W. S. P.*

# DOKSZTAŁCANIE PIELĘGNIAREK SPOŁECZNYCH

**Nowy ustrój społeczny Polski Ludowej wprowadza duże zmiany do zagadnienia ochrony zdrowia, a tym samym do zawodu pielęgniarskiego. Zawód pielęgniarski, ogarniając stopniowo nowe działy pracy i pogłębiając dawne, na pierwsze miejsce wysuwa pielęgniarstwo społeczne. Pielęgniarka społeczna powinna mieć oprócz podstawowego przygotowania szpitalnego, specjalne przygotowanie, ponieważ praca jej jest często zupełnie samodzielna. Najlepsze jednak przygotowanie teoretyczne nie może wystarczyć pielęgniarce społecznej, jeżeli nie zapozna się z tym zagadnieniem praktycznie. Zadaniem pielęgniarki społecznej jest wprowadzanie pewnych zasad w życie, musi więc umieć zrobić to wszystko, czego wymaga od innych.**

Ministerstwo Zdrowia, doceniając znaczenie dobrego przygotowania do tego działu pracy, zwiększa w programach szkolnych czas praktyki w instytucjach opieki otwartej, a w programach kursów przygotowujących do egzaminu państwowego — ilość wykładów z tej dziedziny. Dalej, Ministerstwo Zdrowia urządza kursy dla instruktorek pielęgniarstwa społecznego, w których mogą brać udział pielęgniarki z pełnymi kwalifikacjami i dłuższą praktyką pielęgniarską. Pierwszy taki kurs 3 miesięczny odbył się w roku ubiegłym w okresie od 26.IV. do 23.VII.

Na kurs wpłynęło 27 podań o przyjęcie z różnych województw (15 z terenu, 12 z Warszawy). z czego 4 słuchaczki nie zgłosiły się ze względu na trudności znalezienia zastępstwa, 3 zaś odpadły w czasie kursu, gdyż nie mogły pogodzić pracy z wykładami. Poziom słuchaczek był na ogół dobry. Kurs ten obejmował 300 godzin wykładów i seminariów. Wykłady odbywały się w godzinach popołudniowych.

Oto przedmioty wykładane w czasie kursu:

1. Organizacja służby zdrowia w Polsce.
2. Polska współczesna.
3. Historia ustrojów społecznych.
4. Polityka społeczna.
5. Zagadnienia socjalne.
6. Dydaktyka.
7. Społeczna praca kulturalno-oświatowa.
8. Medycyna zapobiegawcza.
9. Choroby społeczne.
10. Opieka nad matką i dzieckiem.
11. Medycyna pracy.
12. Higiena umysłowa.
13. Pielęgniarstwo społeczne.
14. Statystyka i jej znaczenie w służbie zdrowia.

Każda ze słuchaczek opracowała, odczytała i złożyła na piśmie pracę seminaryjną na dowolnie wybrany temat. Przeprowadzono wzorowe odprawy pielęgniarskie, odprawy dla przodownic zdrowia i pokazy pracy w Ośrodkach Zdrowia. Słuchaczki kursu zwiedziły w terenie następujące typy ośrodków: okręgowy — wiejski, obwodowy szkoleniowy i wielkomiejski; poza tym świetlicę szkolną T.U.R-u, Instytut Higieny Psychicznej, Sanatorium Szwedzkie w Otwocku, Wioskę Szwajcarską w Otwocku oraz urządzenia socjalne przy fabryce Wedla. Po skończonym kursie słuchaczki opracowały i złożyły plan pracy na najbliższe 6 miesięcy w myśl wytycznych kursu.

W styczniu r. b. postanowiono zrobić odprawę pielęgniarek dla sprawdzenia wykonania wytyczonego planu.

25 lipca ub. r. odbył się egzamin, który wypadł na ogół dobrze. Kurs zakończyło uroczyste rozdanie świadectw, na którym byli obecni: Minister Zdrowia ob. Dr Tadeusz Michejda, Naczelnik Wydziału Ośrodków Zdrowia ob. Dr R. Gosiewski, wykładowcy i zaproszeni goście. Minister Zdrowia w krótkim przemówieniu życzył absolwentkom kursu pomyślnych wyników w pracy instruktorskiej.

I tak 20 pielęgniarek instruktorek społecznych stanęło do swych warsztatów, aby zdobyte na kursie wiadomości obrócić w realną korzyść człowieka pracy.

W lutym 1949 r. rozpoczął się drugi kurs dla instruktorek pielęgniarstwa społeczngo i pielęgniarstwa przyszpitalnego. Program kursu rozszerzono i dostosowano tak dla pielęgniarek społecznych, jak i dla pielęgniarek przyszpitalnych, albowiem pielęgniarstwo przyszpitalne jest właściwie częścią składową pielęgniarstwa społecznego.

Program kursu obejmuje następujące przedmioty:

I Organizacja służby zdrowia w Polsce 6 godzin
- a) Państwowy plan służby zdrowia
- b) Lecznictwo otwarte i zamknięte
- c) Władze administracyjno - państwowe i samorządowe

II Polska współczesna i zagadnienia międzynarodowe . . . . . . . . 14 godzin

III Polityka Społeczna . . . . . . . . . 8 godzin
- a) Związki zawodowe
- b) Ubezpieczalnie
- c) Opieka społeczna . . . 6 godzin

IV Zagadnienia socjalne . . . . . . . 16 godzin
- a) Teoria formacji społeczno-ekonomicznych
- b) Rola zawodu pielęgniarskiego w dobie obecnej

V Dydaktyka . . . . . . . . . . . . 6 godzin
Samokształcenie i czytelnictwo
Metody dokształcania

VI Praca społeczna kulturalno-oświatowa 6 godzin (prace świetlicowe)

VII Medycyna społeczna, jej rozwój i metody . . . . . . . . . . . . . 4 godziny

VIII Choroby społeczne i ich zwalczanie 34 godziny
- a) Gruźlica (6 godz.)
- b) Jaglica i okulistyka (4 godz.)
- c) Choroby weneryczne (6 godz.)

d) Rak (2 godz.)
e) Reumatyzm (2 godz.)
f) Alkoholizm i choroby umysłowe (4 godz.)
g) Kalectwo i choroby chroniczne (2 godz.)
h) Zagadnienie epidemiologiczne (4 godz.)
i) Choroby narządów krążenia (4 godz.)

IX Opieka nad matką i dzieckiem . . . 20 godzin
a) Zagadnienie opieki nad dzieckiem w państwie socjalistycznym (4 godz.)
b) Ciąża, poród, połóg (4 godz.)
c) Noworodek, niemowlę (4 godz.)
d) Wiek przedszkolny i szkolny (4 godz.)
e) Położne gminne (4 godz.)

X Higiena żywienia
Wytyczne racjonalnego odżywiania . 6 godzin

XI Medycyna pracy . . . . . . . . . 4 godzin
Pielęgniarstwo w przemyśle . . . . 6 godzin

XII Higiena umysłowa . . . . . . . 12 godzin
a) Higiena pracy
b) Odpoczynek
c) Rozrywka
d) Lektura

XIII Aktualizacja i pogłębianie wiedzy w zawodzie pielęgniarskim . . . . . 16 godzin
a) Pielęgniarka administracyjna (6 godz.)
b) Zasady i technika pracy instruktorskiej pielęgniarek (6 godz.)
c) Pielęgniarstwo społeczne (instruktorstwo) (4 godz.)

XIV Pielęgniarstwo społeczne . . . . . 36 godzin
1 a) Definicja pielęgniarstwa społecznego (6 godz.)
b) Kwalifikacja do pracy
c) Teren pracy
2 Działy pracy
a) Ośrodki Zdrowia (6 godz.)
b) Higiena szkolna (4 godz.)
c) Pielęgniarstwo przyzakładowe (10 godz.)
d) Pielęgniarstwo domowe (10 godz.)

XV Wychowanie zdrowotne (2 godz.)

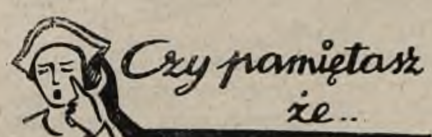
XVI Wychowanie fizyczne (2 godz.)

200 godzin przewidziano na wykłady teoretyczne oraz 100 godzin na seminaria i ćwiczenia praktyczne.

Ponieważ kurs ten ma trwać dwa miesiące, a nie trzy jak poprzedni, ze względu na trudności znalezienia zastępstwa dla uczestniczek, zwiększona będzie dzienna ilość wykładów, aby móc opanować cały materiał. Słuchaczki z Warszawy będą zwolnione z pracy na czas trwania kursu, aby mogły na równi z koleżankami z terenu osiągnąć jak najlepsze wyniki z kursu. Poza wykładami, słuchaczki będą miały dziennie dwie godziny lektury obowiązkowej, przewidzianej również w programie.

Poza dokładnym opracowaniem programu i doborem najlepszych wykładowców, Ministerstwo Zdrowia stara się, aby słuchaczki kursu, które nie mają możności zatrzymania się u rodziny korzystały z bursy, gdzie otrzymają również całkowite wyżywienie.

Widząc z jaką troską Ministerstwo Zdrowia podchodzi do sprawy szkolenia pielęgniarek przypomina mi się powiedzenie Prof. Dr M. Kacprzaka na jednym ze zjazdów pielęgniarek: *„I my też, jeżeli chcemy, aby te pionierki walczące o zdrowie narodu i piękne imię zawodu pielęgniarskiego wytrwały, pomóżmy im czym możemy. Niech one znajdą u nas oparcie rzeczowe, niech widzą oparcie moralne, niech mają podtrzymanie w wierze, że dobrej sprawie służą. Wtedy tylko będziemy mogli wymagać od nich rzetelnej i uczciwej pracy. Będziemy pewni, że wtedy niejedna z nich zdobędzie się i na poświęcenie"*.




.... mleko w butelkach wystawione na działanie słońca traci



po upływie 3 godzin około 75% witaminy $B_2$ (riboflawiny). Na witaminy A i B słońce nie wywiera szkodliwego wpływu.

## CO TO ZNACZY?

**Przypominamy znaczenie niżej podanych wyrazów obcych:**

**Abortus** — poronienie, usunięcie płodu.

**Absces** — ropień.

**Absorpcja** — wysysanie, wchłanianie.

**Abstynencja**— wstrzemięźliwość.

**Abulia** — chorobliwy brak woli.

**Acetol** — ocet destylowany, używany do celów leczniczych.

**Acidosis** — kwasica. nadmiar kwasów we krwi.

**Acidum** — kwas.

**Adaptacja** — przyswojenie, przystosowanie się.

**Adenoid** — gruczoł.

**Adstringentia** — leki ściągające.

**Aeroterapia** — leczenie powietrzem.

**Afagia** — chorobliwa niemożność połykania.

**Afazja** — chorobliwa niemożność wysłowienia się.

**Afonia** — chorobliwa niemożność wydania głosu.

**Agar** — gatunek kleistego wodorostu morskiego, na którym hodują bakterie dla badań naukowych.

**Aglutynacja** — zlepianie.

**Aglutynina** — ciało powodujące zlepianie się bakterii.

**Agonia** — konanie.

**Agorafobia** — chorobliwa obawa przestrzeni.

**Agrafia** — chorobliwa niemożność pisania.

**Akne** — trądzik, zapalenie skóry naokoło gruczołów łojowych.

**Akomodacja** — przystosowanie się.

**Akrofobia** — wstręt do wody.

# KRONIKA

*
*   *

Szef Departamentu Ministerstwa Obrony Narodowej, Generał Dywizji, Prof. Dr med. Bolesław Szarecki, który w marcu b. r. obchodził 75-lecie swych urodzin i 45-lecie działalności lekarskiej, skierował do Zarządu Gł. Polskiego Czerwonego Krzyża następujące pismo:

*„Na ręce Ob. Prezesa składam Zarządowi Głównemu Polskiego Czerwonego Krzyża serdeczne podziękowanie za zaszczycenie mnie z o kazji 75 rocznicy moich urodzin godnością członka honorowego PCK.*

*Jednocześnie pozwalam sobie przekazać zaofiarowane mi do dyspozycji z tejże okazji:*

| | |
|---|---|
| *przez pracowników Szpitala Okręgowego w Poznaniu* | *25.000 zł* |
| *przez pracowników Szp. Okręgowego we Wrocławiu* | *20.000 zł* |
| *oraz dla zaokrąglenia sumy z własnych funduszów* | *5.000 zł* |
| *razem* | *50.000 zł* |

*na rzecz Polskiego Czerwonego Krzyża dla zasilenia funduszów wydawnictwa „Pielęgniarka Polska".*

*Proszę przyjąć wyrazy poważania*

*(—) B. SZARECKI*
Szef Departamentu MON
*Prof. dr med. B. Szarecki*
Generał Dywizji

*
*   *

Najcięższym odcinkiem pracy pielęgniarskiej, powiedzmy szczerze — najbardziej niepopularnym i unikanym — jest instruktorstwo klasowe.

Obserwując stale uciekające od tej gałęzi naszej pracy koleżanki, pamiętając ile to myśmy kiedyś zgryzot i zdenerwowania przysporzyły naszym instruktorkom, śledząc zmagania pracujących w dziedzinie instruktorstwa pielęgniarek — zdajemy sobie jasno sprawę, ile trzeba dobrej woli i cierpliwości, ażeby na tej placówce wytrwać dłużej niż kilka lat.

Tymczasem mamy do zanotowania rzecz wyjątkową. Jedna z instruktorek klasowych obchodzi obecnie 25-lecie swej pracy.

Pomimo, iż w piśmie naszym nie zamieszczamy z zasady okolicznościowo-jubileuszowych wzmianek tym razem odstępujemy od tego zwyczaju. Nie o jubileusz bowiem chodzi, lecz o uczczenie wytrwałości w pracy: ciężkiej, jednostajnej, nużącej i stawiającej olbrzymie wymagania.

Pracę przez 25 lat, bez przerwy, mimo słabego zdrowia, ciężkich warunków wojennych — wykonywała i wykonuje nadal koleżanka WŁADYSŁAWA DZEMIDOWICZ-SZCZEPKOWSKA



Kol. Władysława Szczepkowska ukończyła w 1924 roku z odznaczeniem Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa i od 1 IV 1924 r. do 15 VIII 1924 r. prowadziła kurs dokształcający w pielęgniarstwie dla SS. Szarytek przy Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Następnie, jako stypendystka, wyjechała na rok do Ameryki.

Dn. 15 IX 1925 objęła stanowisko instruktorki klasowej w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa i bez przerwy, z największym poświęceniem. trwała na tym stanowisku do dnia 1 VIII 1944. Przez okres ten kol. Szczepkowska przeszkoliła 40 kursów, czyli do wybuchu wojny 482 uczennice i podczas okupacji, przy 3-krotnym przyjmowaniu uczennic w ciągu roku — 631 uczennic. Ogółem więc 1113 uczennic Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Po przerwie, spowodowanej powstaniem Warszawskim, kol. Szczepkowska rozpoczęła 15 X 1945 pracę w Szkole Pielęgniarsko-Położniczej w Gdańsku.

Podsumowując wyniki ze Szkoły w Gdańsku, kol. Szczepkowska wyszkoliła 42 kursy o łącznej liczbie 1165 absolwentek.

Należy dodać, że pod kierunkiem kol. Szczepkowskiej 13 pielęgniarek przygotowało się do pracy instruktorskiej w szkolnictwie.

W uznaniu zasług i ogromu wkładu pracy dla rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego składamy kol. Szczepkowskiej jak najserdeczniejsze życzenia dalszej pożytecznej dla społeczeństwa działalności.

# KRONIKA
## ZWIĄZKU ZAW. PRACOW. SŁUŻBY ZDROWIA R. P.

### KRONIKA ZZPSZ

Instruktorki pracujące w Szkole Pielęgniarstwa Z. Z. P. S. Z. rozpoczęły akcję samokształcenia. Akcja ta polega na wygłaszaniu kolejnych referatów z zakresu pielęgnowania chorego po których rozwija się dyskusja. Wygłoszono następujące referaty:

1. Pielęgnowanie chorego po torakoplastyce — kol. Urbanicka B.,
2. Pielęgnowanie chorego z ropniem płuc — kol. A. Prochalowa,
3. Pielęgnowanie chorego po usunięciu wyrostka robaczkowego — kol. Stefania Sobczakowa.

Celem akcji samokształcenia jest: 1. pogłębienie wiedzy pielęgniarskiej przez poznanie nowych sposobów leczenia i pielęgnowania; 2. nawiązanie stałej łączności między instruktorkami klasowymi i szpitalnymi, celem ujednolicenia metod pracy w szpitalu i klasie.

Na przyszłość planujemy: 1. dalsze prowadzenia samokształcenia zawodowego; 2. samokształcenie pedagogiczne (którego brak boleśnie odczuwamy w pracy instruktorskiej); 3. uzupełnienie wiadomości z zagadnień polityczno-społecznych.

J. Sz.

### ŁÓDŹ

Sekcja Pielęgniarstwa Oddziału Łódzkiego ZZPSZ powstała w r. 1947. W skład Zarządu weszły Koleżanki: przewodnicząca — S. Sroczyńska, wiceprzewodniczące — M. Stencel i M. Gordon, sekretarka — M. Poznańska, skarbniczka — E. Leśniewiczowa, członkinie — J. Nagórska i S. Staszan.

W okresie sprawozdawczym za rok 1947 i 1948, odbyło się 19 zebrań Zarządu Sekcji i 19 zebrań ogólnych. Sekcja liczy obecnie 200 członkiń.

Na zebraniach dyskutowano sprawy ogólne, interesujące pielęgniarki. Poruszono również sprawę pielęgniarek - weteranek, które na skutek utraty zdolności do wykonywania zawodu przechodzą na emeryturę. Dla pielęgniarek sprawa jest tym ważniejsza, że w większości wypadków nie mają one bliskiej rodziny, która mogłaby im zapewnić konieczną w starości opiekę.

Zarząd Sekcji, oprócz omawiania spraw bieżących zorganizował szereg referatów i odczytów z zakresu najnowszych zdobyczy medycyny, organizacji pracy pielęgniarskiej w terenie itp. Ogółem wygłoszono 10 referatów, z czego 5 przez pielęgniarki i 5 przez lekarzy.

## Z kraju

W dniach 15, 16, 17 i 18 marca 1949 r. w Szkole Pielęgniarstwa P.C.K. w Poznaniu odbył się egzamin dyplomowy XXXV kursu

W dniu 19 marca rb odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów.

Na uroczystości przemawiali delegaci: Woj. Wydziału Zdrowia, P.Z.P.R.. Polskiego Czerwonego Krzyża i Ligi Kobiet.

Dyplomy otrzymało 21 absolwentek: Bandurska Janina, S. Bednorz Maria, Burdelska Bonifacja, Dudek Maria, Drzewicka Irena, Garstka Stella, Górecka Krystyna. Guzdek Iwona, Kawicka Halina, Karwatowska Leokadia. Kondratowicz Helena, Krzemińska Danuta, Lewandowska Zofia, Masłowska Helena, Petrykiewicz Halina, Piątkowska Urszula, Piwnicka Wanda, Rogowska Mirosława. Skrzypczyńska Janina. S. Szypura Regina, Talarczyk Kazimiera.

## Z zagranicy

### Z.S.R.R.

Na posiedzeniu Rady Średnich Szkół Sanitarnych przy Ministerstwie Zdrowia, do której, jak wiadomo, należą wykładowcy biologii, anatomii, fizjologii, bakteriologii itp., wygłoszony został w listopadzie 1948 r. referat E. P. Brunowta na temat „Metodyka wykładów z dziedziny nauk biologicznych w średnich szkołach sanitarnych“. W dyskusji, po referacie, zabierały głos m. in. pielęgniarki, instruktorki szkół pielęgniarstwa, przedstawiając trudności, jakie mają wykładowcy na skutek braku podręczników biologii, które by uwzględniały nowoczesne poglądy na biologię według nauki Miczurina. Wobec tego Rada Naukowa postanowiła zorganizować, począwszy od 1 stycznia 1949 r., specjalne seminaria dla wykładowców nauk biologicznych przy Instytutach Medycznych

W dyskusji nad wnioskiem o reorganizacji średnich szkół sanitarnych, większość zebranych wypowiedziała się za przedłużeniem nauki w szkołach felczersko - położniczych do 4 lat, a w szkołach pielęgniarstwa do 3 lat.

### ANGLIA

W Międzynarodowym Kongresie Medycyny Pracy wzięło udział ponad 900 delegatów, a w tej liczbie 100 pielęgniarek z Anglii, Australii, Belgii, Finlandii, Kanady, Szwecji i St. Zjednoczonych A. P.

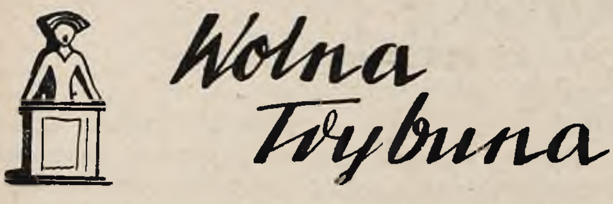
Międzynarodowa Komisja Medycyny Pracy powstała już w roku 1909, lecz dopiero w tym roku po raz pierwszy w Kongresie wzięły udział i pielęgniarki.

Pielęgniarki wygłosiły następujące referaty: 1) Wyszkolenie pielęgniarki przemysłowej; 2) Rola pielęgniarki przemysłowej w walce o zdrowie; 3) Pielęgniarka w przemyśle elektrycznym; 4) Pielęgniarstwo przemysłowe i szkolenie w Australii; 5) Rola pielęgniarki w służbie zdrowia w kopalniach.

### BRAZYLIA

Brazylia, podobnie jak inne kraje odczuwa boleśnie brak kadr pielęgniarskich i lekarskich, co przy nędzy i chorobach panujących na jej terenach, stwarza katastrofalny stan na odcinku służby zdrowia.

Ostatnio odbył się w Rio de Janeiro drugi zjazd Stowarzyszenia brazylijskich pielęgniarek przy udziale 167 członkiń, 115 uczennic szkół pielęgniarstwa i zaproszonych gości, pod hasłem: „Więcej pielęgniarek dla zapewnienia zdrowia ludności“.



# Wolna Trybuna

Wiemy wszystkie, że praca pielęgniarki w ambulatorium jest odpowiedzialna, wymaga doświadczenia i znajomości wielu dziedzin zawodu pielęgniarskiego. Pracując jednak przez wiele lat w tych samych warunkach, w tym samym ambulatorium, gdzie zakres naszych zajęć nie zmienia się, zdobywamy doświadczenie **jednostronne**. Niekiedy — przypadkiem — dowiadujemy się od naszych koleżanek szpitalnych, czy ze szpalt „Pielęgniarki Polskiej" o nowych metodach leczenia, o nowej technice wykonywania zabiegów itp. Uciekają z naszej pamięci wiadomości o pielęgnowaniu chorych, zapominamy szczegóły techniki wykonywania trudniejszych zabiegów.

Wiem o tym z własnego doświadczenia, pracuję bowiem od wielu lat w ambulatorium. Gdy przygotowywałam się przed wojną do egzaminu państwowego—z przerażeniem stwierdziłam, do jakiego stopnia zapomniałam zasad pielęgniarstwa, z którymi zapoznałam się swego czasu na kursie. Słanie łóżka z ciężko chorym, obserwacje chorych, pielęgnowanie w różnych chorobach, diety, wykonywanie takich zabiegów, jak: wlewanie podskórne, kroplówka lub cewnikowanie — były dla mnie powtórnie rzeczami zupełnie nowymi. Te same trudności mają pielęgniarki przygotowujące się obecnie do egzaminu państwowego. Jedna z nich opowiadała mi, jak była zrozpaczona trudnościami, z którymi spotykała się na kursie. Zrażona swą niezręcznością na ćwiczeniach praktycznych — była nawet zdecydowana przerwać kurs. Peszył ją fakt, że koleżanki jej, pracując przedtem w w szpitalu, posiadły mnóstwo wiadomości i orientowały się doskonale we wszystkich zagadnieniach dotyczących pielęgnowania chorych.

Spostrzeżenia te nasunęły mi myśl, że można by jednak uniknąć podobnej sytuacji. Przede wszystkim pracę w ambulatorium powinny obejmować pielęgniarki, mające już za sobą kilkuletnie doświadczenie w pracy szpitalnej. Następnie byłoby bardzo wskazane, aby pielęgniarki ambulatoryjne, a także z różnych poradni jak: opieki nad matką i dzieckiem, przeciwgruźliczej itp. co kilka lat były kierowane na oddziały szpitalne, z tym, że potem wracały na swoje stanowiska. Z drugiej strony pielęgniarki szpitalne zyskałyby również, poznając zupełnie specyficzną pracę w ambulatorium.

Przykład stosowania „wymiany" pielęgniarek szpitalnych na ambulatoryjne znajdujemy w Związku Radzieckim, o czym czytałam w nrze 2/3 „Pielęgniarki Polskiej".

Może sprawa przeze mnie poruszona zainteresuje odpowiednie czynniki i może znajdzie w przyszłości rozwiązanie.

*J. S.*

*(Nazwisko autorki znane Redakcji)*

---



# W księgarniach i kioskach

**„PODRĘCZNIK PIELĘGNOWANIA CHORYCH W CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH" — dr Jan Fenczyn, Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wydanie II — uzupełnione, r. 1949.**

Duże luki, jakie istnieją w piśmiennictwie pielęgniarskim, są poważną bolączką zarówno szkolnictwa pielęgniarskiego, jak i samego zawodu.

Świat pielęgniarski z radością wita każde wydawnictwo, które dąży do uzupełnienia tych luk. Cenna praca Doc. Fenczyna jest poważną pozycją w naszym piśmiennictwie i spotka się zapewne z powszechnym uznaniem zarówno personelu wykładowczego w Szkołach Pielęgniarskich i na Kursach, jak i absolwentek — pielęgniarek, pragnących utrwalić i pogłębić swą wiedzę.

Z obszernego działu medycyny internistycznej zostały tu wybrane i opisane schorzenia narządów wewnętrznych, najczęściej spotykane w praktyce. Nieco anatomii, dość obszerne uwzględnienie fizjologii i patologii, z wyraźnym naciskiem na stronę objawową i sposoby leczenia oraz samo zagadnienie pielęgnacji w chorobach wewnętrznych — składają się na treść tej, ze wszech miar godnej polecenia, pracy Doc. Fenczyna.

Książka ta winna posłużyć każdej uczennicy Szkoły Pielęgniarstwa, jako podręcznik nauki o chorobach wewnętrznych i pielęgnowania w tych chorobach.

Jasny, przejrzysty styl, unikanie przeładowania szczegółami sprawia, że książka jest żywa i łatwa w czytaniu.

**A. B.**

**Przypominamy, że**

**REDAKCJA „PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"**

**w numerze 2 — luty 1949. — ogłosiła**

# KONKURS

## NA WSPOMNIENIE Z PRACY PIELĘGNIARKI Z CZASÓW WOJNY I OKUPACJI

**WARUNKI KONKURSU**

1. Praca musi być napisana przez pielęgniarkę.
2. Temat pracy musi być związany z zawodem pielęgniarskim.
3. Praca musi dotyczyć przeżyć osobistych.
4. Praca nie może przekraczać 6 stron maszynopisu (odstęp 1-wierszowy. margines 3 cm).
5. Nagrody: 1 — 15.000 zł, II — 10.000 zł, III — 5.000 zł.
6. Redakcja zastrzega sobie pierwszeństwo druku prac nagrodzonych bez porozumienia z autorem.
7. Prace wyróżnione, nienagrodzone mogą być także zamieszczone w piśmie (za normalnym honorarium).
8. Termin nadsyłania prac do 1 września 1949 r. (decyduje data stempla pocztowego).
9. Prace należy nadsyłać opatrzone godłem; nazwisko i adres w oddzielnej zaklejonej kopercie.
10. Skład jury podamy w jednym z następnych numerów.



## Nasza Korespondencja

OB. E. R.

Na zapytanie Ob. wyjaśniamy, że dane przytoczone w zapytaniu Ob. nie są kompletne, mianowicie nie podała Ob. czy ewentualne zastępstwo będzie pełnione w tej samej instytucji, czy też w innej. Jeżeli będzie pełnione w tej samej instytucji, to pracodawca do wynagrodzenia zasadniczego winien dodać wynagrodzenie za zastępstwo i od łącznej sumy (15.000 + 10.000 — 25.000 zł) obliczyć podatek od wynagrodzenia, który przy sumie 25.000 zł wyniesie 7%. Jeżeli natomiast praca zastępcza spełniana będzie u innego pracodawcy, podatek od wynagrodzenia za pracę normalną, wynoszącą 15.000 zł należy się w wysokości 1%, od sumy zaś 10.000 zł pobieranej od drugiego pracodawcy — 5%. Ponadto ponieważ Ob. pisze, że jest osobą samotną podatek będzie podwyższony przy pobieraniu od jednego pracodawcy dwóch wynagrodzeń (ponad 20.000 zł) o 20%. Posiadanie na utrzymaniu matki nie ma wpływu na wysokość podatku od wynagrodzeń.

Mgr S.

KOL. STANISŁAWA GRABOWSKA.

Przepisy o mundurach dla pielęgniarek są obecnie opracowywane przez Min. Zdrowia i będą wkrótce podane do ogólnej wiadomości. Dotychczas czepki wraz z aksamitkami wydawały jedynie Szkoły Pielęgniarstwa, a więc prawo noszenia aksamitki na czepku przysługiwałoby wyłącznie tym pielęgniarkom, które otrzymały je wraz z dyplomem Szkoły.

Odpowiedź na drugie pytanie znajdzie Pani w kronice Zw. Zaw. Pr. Sł. Zdr. w nrze 2 — lutowym „Pielęgniarki Polskiej".

T R E Ś Ć



S O M M A I R E





*Zawiadamiamy uprzejmie naszych Czytelników, że w związku z podwyższeniem kosztów druku cena egzemplarza naszego pisma od następnego n-ru (nr 5, maj) wynosić będzie zł. 50.*

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 40,—, kwartalna zł 120,—, półroczna zł 240,—, roczna zł 480,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str 5 000 zł.

Prasa Wojskowa, Druk. w Łodzi, IV.49. Nr 1009 7.000. D-025832 D-036100